Aus der Nervenklinik der Universität Tübingen
Direktor: Professor Dr. med. W. Schulte

# Zum Problem des Entziehungsdelirs bei Trinkern

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von
Eberhard Manfred Biniek
aus Lüneburg

1964

7873

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547601_0075

Aus der Nervenklinik der Universität Tübingen
Direktor: Professor Dr. med. W. Schulte

# Zum Problem des Entziehungsdelirs bei Trinkern

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von
Eberhard Manfred Biniek
aus Lüneburg

1964

Dekan: Professor Dr. med. H. Harms

1. Berichterstatter: Professor Dr. med. W. Schulte

2. Berichterstatter: Professor Dr. med. P. Pulewka

Fotodruck PRÄZIS · Tübingen

MEINEM VATER

vermißt bei Kischinew

1943

INHALT

I. Fragestellung

II. Geschichtliche Voraussetzungen

III. Eigene Untersuchungen an den Alkoholdeliranten der Universitätsnervenklinik Tübingen und des Westfälischen Psychiatrischen Landeskrankenhauses Gütersloh. 1921 - 1962.

1. Häufigkeit des Entziehungsdelirs

2. Beispiele von Entziehungsdelirien

3. Erörterung:

a) Allgemeine Erörterung der Beispiele
b) Entziehungsdelir und Prodrome
c) Entziehungsdelir und Gelegenheitsursachen
d) Entziehungsdelir und epileptischer Anfall
e) Entziehungsdelir und Alkoholtherapie

IV. Zusammenfassung

V. Literatur

# I. FRAGESTELLUNG

Das Entziehungsdelir der Trinker gilt im deutschsprachigen psychiatrischen Schrifttum seit langem als umstritten. WYSS, MEGGENDORFER und viele Andere mehr haben darauf hingewiesen. Die Frage, ob das Delirium tremens durch den plötzlichen Entzug des Alkohols provoziert werden könne oder nicht, ist ebenso leidenschaftlich bejaht wie verneint worden. Es waren nicht immer nur wissenschaftliche Gründe, die für die eine oder andere Seite Partei ergreifen liessen. Auf der einen Seite wirkte die verführerische Hoffnung beflügelnd, das durch Entzug des Alkohols ausbrechende Delirium tremens eben durch Alkohol wieder zu beherrschen. Auf der anderen Seite stand dieser Hoffnung immer wieder auch das klare, entschiedene Nein zu jeder Form von Alkoholtherapie entgegen. BONHOEFFER, BLEULER, BUMKE, FOREL, KRAEPELIN, WAGNER, v. JAUREGG - um nur einige zu nennen - haben sich an dieser Frage entzündet, ohne eine übereinstimmende Antwort zu finden.

Auch unter den neueren Autoren ist die Diskussion nicht verstummt. SOLMS, KRANZ, SCHEID, H.H. MEYER haben auf die besondere Bedeutung des plötzlichen Alkoholentzuges für die Genese des Alkoholdelirs hingewiesen. Wenige Arbeiten haben indessen das Problem des Entziehungsdelirs direkt zum Gegenstand ihrer Untersuchung gemacht. Diese liegen fast alle zehn, zwanzig und mehr Jahre zurück. Zum Teil sind sie noch selbst aus der großen Auseinandersetzung um das Entziehungsdelir um die Jahrhundertwende hervorgegangen (ASCHAFFENBURG, HOLITSCHER, HOSCH, MIYAKE). In der Regel nehmen sie zu Einzelfragen Stellung. HOLITSCHER gibt 1908 das Ergebnis einer großen Umfrage bei allen ihm erreichbaren Psychiatern wieder. HOSCH (1907) und KRINK (1939) veröffentlichen Einzelfälle. STOLBA untersucht 1941 das Krankengut des Burghölzli auf das Vorkommen von Entziehungsdelirien. PIKER geht 1937 den zeitlichen Zusammenhängen zwischen letztem Trunk und Ausbruch des Delirs bei amerikanischen Patienten nach. ASCHAFFENBURG nimmt 1904 Stellung zu einem Gutachten des Württembergischen Medizinalkollegiums über in der Haft ausbrechende Delirien. PERNSTICH geht 1954 ebenfalls von rechtlichen Fragen des Entziehungsdelirs aus. KALINOWSKY schließlich berichtet 1958 von amerikanischen Versuchen, die Möglichkeit des Entziehungsdelirs experimentell nachzuprüfen.

Allein die Zusammenstellung dieser Arbeiten zeigt schon, auf wie verschiedenen Wegen man an das Problem des Entziehungsdelirs herantreten kann, mithin wie vielschichtig dieses Problem ist.

Nach einem kurzen Überblick über die geschichtlichen Voraussetzungen, unter denen man sich heute dem Thema der Arbeit nähert, sollen deshalb eigene Untersuchungen zunächst eine Antwort auf die Frage des Vorkommens und damit der Häufigkeit des Entziehungsdelirs in einem größeren Krankengut geben. Einzelne Beispiele von Entziehungsdelirien sollen dann näher an das Problem heranführen. Von ihnen ausgehend, soll nach einer kurzen allgemeinen Erörterung die Problematik des Entziehungsdelirs entwickelt werden. Hierzu gehören insbesondere die Fragen nach dem Verhältnis von Prodromalerscheinungen und nachfolgendem Entziehungsdelir, nach dem Verhältnis von sogenannten Gelegenheitsursachen und Entzug des Alkohols, nach den Beziehungen zwischen epileptischem Anfall und Entziehungsdelir und nach der Möglichkeit einer Alkoholtherapie und deren Bedeutung für das Entziehungsdelir.

## III. GESCHICHTLICHE VORAUSSETZUNGEN

Als delirium ex potu intermisso war das Entziehungsdelir der Trinker bereits in den Anfängen des vorigen Jahrhunderts bekannt (HUSS). Man bemerkte die Häufigkeit, mit der das Delirium tremens nach Aufnahme auf chirurgische oder interne Stationen auftrat, und suchte seinen Ausbruch durch Alkoholgaben zu vermeiden. Von den Autoren des ausgehenden Jahrhunderts war es besonders ROSE, der eindringlich die Alkoholprophylaxe empfahl, weil er meinte, damit die Krankenhäuser vom Delirium tremens frei zu bekommen.

Eine eigentliche Theorie des Entziehungsdelirs und Begründung der Alkoholprophylaxe fehlte jedoch. Erst um die Jahrhundertwende wurde von WAGNER v. JAUREGG eine zusammenhängende pathogenetische Theorie des Entziehungsdelirs entwickelt und 1901 auf dem VIII. Internationalen Kongreß gegen den Alkoholismus in Wien vorgetragen. WAGNER v. JAUREGG konnte sich dabei auf experimentelle Vorarbeiten seines Assistenten ELZHOLZ stützen. Dieser hatte auf Grund von Blutuntersuchungen und Verlauf des Delirs eine Analogie des Deliriums tremens zu den rasch verlaufenden Infektionskrankheiten herausgearbeitet. WAGNER v. JAUREGG kam dadurch zu der Überzeugung, daß man es auch beim Delirium tremens mit der Wirkung eines den Bakteriengiften ähnlichen Toxins zu tun habe, wie dies auch JACOBSOHN, BONHOEFFER und andere mehr annahmen. In diesem Toxin als dem "alkohologenen Gift", wie er es nannte, sah WAGNER v. JAUREGG die eigentliche exogene Noxe und distanzierte sich damit von der immer noch verbreiteten Auffassung, das Delirium tremens sei die Folge einer toxischen Wirkung des Alkohols selbst. Alkohol und alkohologenes Gift sollten sich antagonistisch zueinander verhalten. Katzenjammer, Vomitus matutinus und Tremor alcoholicus beruhten auf der Wirkung des alkohologenen Giftes und seien Entziehungserscheinungen, die am einfachsten durch neue Zufuhr von Alkohol behoben werden könnten. Auch das Delirium tremens sei Entziehungserscheinung. Sein vermehrtes Auftreten nach Entzug des Alkohols beweise es. WAGNER v. JAUREGG meinte, er habe in nur sehr wenigen Fällen das Delirium tremens während eines uneingeschränkten Alkoholgenusses ausbrechen sehen. Durch den Entzug des Alkohols werde das alkohologene Gift, das bisher durch den Alkohol in Schranken gehalten worden sei, frei und könne seine Wirkung im Organismus entfalten. In den Fällen, in denen das Delirium ex potu nimio ausbreche, habe sich bereits soviel alkohologenes Gift gebildet, daß die zugeführte Alkoholmenge nicht mehr ausreiche, um

es in seiner Wirkung aufzuheben. WAGNER v. JAUREGG bemerkte jedoch auch, daß seine Versuche, durch fortgesetzte Alkoholgaben einen günstigen Einfluß auf den Verlauf des Delirs zu nehmen, kein eindeutiges Ergebnis zeigten. Es schien ihm, als werde das Delir durch Alkoholgaben einerseits verlängert, andererseits aber in seiner Intensität gemäßigt. Seinen Anschauungen vom alkohologenen Gift entsprechend hiesse das: Der verabreichte Alkohol wirke als Gegengift gegen das alkohologene Gift und mildere dadurch das Delirium. Infolge der Alkoholzufuhr bilde sich jedoch neues alkohologenes Gift und verlängere so das Delirium.

WAGNER v. JAUREGG hatte damit eine in sich geschlossene pathogenetische Theorie des Delirium tremens und insbesondere des Entziehungsdelirs gegeben, die zudem eine Alkoholprophylaxe nahelegte. Mit solchen Anschauungen stieß er jedoch auf entschiedenen Widerstand bei den Abstinentenkreisen. Diese bestritten gerade, was WAGNER v. JAUREGG behauptet hatte. Noch sie sei ein Delirium tremens durch den Entzug des Alkohols verschuldet worden, und wenn es den Anschein hätte, dann nur, weil das Delir bereits im Verzuge gewesen sei und auch ohne Entzug des Alkohols ausgebrochen wäre. FOREL bestritt darüberhinaus sogar, je bei einem Deliranten Entziehungssymptome gesehen zu haben.

Die Schärfe, mit der seinerzeit der Streit um das Entziehungsdelir geführt wurde, ist für uns heute historisch, die "Kampfstimmung", in der man sich besonders seitens der Abstinentenkreise befand, kaum noch einfühlbar. Man glaubte damals vielfach, daß das Problem des Alkoholismus ein ganz neues sei, das es bisher in der Menschheitsgeschichte noch nicht gegeben habe (HIRSCHFELD). Bei den alten Kulturvölkern sei der fortgesetzte exzessive Alkoholgenuß einer zahlenmäßig kleinen Oberschicht vorbehalten gewesen, jetzt aber, nach Änderung der sozialen Verhältnisse, im Zeichen der Entwicklung einer Industriegesellschaft, drohe der Alkoholismus zu einem Massenproblem zu werden, das nur durch die allgemein propagierte totale Abstinenz gelöst werden könne. Alkohol in jeder Form und Menge sei Gift. Von dieser Grundanschauung ausgehend, suchte man den Alkoholiker mit rationalen Gründen zu überzeugen und vom Alkohol zu retten. Und nichts war gefährlicher, als wenn irgendwann einmal die oft sehr frei gehandhabte "medizinische Indikation" des Alkohols, sei es zur Vermeidung von Kollapszuständen oder aber Entziehungsdelirien, auftauchte. Denn eben dadurch wurde ja die uneingeschränkte These "Alkohol = Gift" in Frage gestellt und dem Alkoholiker möglicherweise ein Vorwand zum Weitertrinken gegeben. Wurde der Alkohol selbst von Ärzten und Krankenanstalten verordnet, so konnte er auch

nicht ganz "böse" und der "Erzfeind der Menschheit" sein, als der er im täglichen Ringen mit dem zu rettenden Alkoholiker gern hingestellt wurde.

Das gegensätzliche Zusammentreffen WAGNER v. JAUREGGs und FORELs auf dem VIII. internationalen Kongreß gegen den Alkoholismus in Wien beleuchtet episodenhaft die Lage um die Jahrhundertwende.

WAGNER v. JAUREGG war selbst kein "Abstinenter". Er vertrat aber auch nicht den von den Abstinenten so heftig bekämpften Standpunkt der "Mäßigen". Seine Klinik war streng alkoholfrei. In seinem privaten Leben galt er als ausgezeichneter Sportsmann, der Hochtouren in den Dolomiten, Reiten, Rudern und selbst in späteren Jahren noch ausgedehnte Wanderungen in der Umgebung Wiens schätzte. Bei solchen Anlässen verschmähte er es nicht, den Tag beim Gumpoldskirchener Heurigen zu beschließen. In der Frage des Entziehungsdelirs schienen ihm jedoch ausschließlich klinisch-wissenschaftliche Gründe maßgeblich und nicht solche der Propaganda. Noch nach Jahren warf er in seinen Lebenserinnerungen FOREL vor, nicht aufrichtig gehandelt zu haben. In Gutachten habe sich FOREL selbst für die Bedeutung des Entziehungsdelirs ausgesprochen.

WAGNER v. JAUREGG gegenüber steht die so vielseitige und in manchen Zügen fastzinierende Gestalt AUGUST FORELs. FOREL war die Seele der antialkoholischen Bewegung jener Tage (BERGMANN). Seiner Stellungnahme in Fragen des Alkoholismus war eine lange Periode der Wandlung und Reifung vorausgegangen. In seinem Lebensrückblick berichtet er, daß er 1876, als er noch Assistent in München war, eine Anfrage von einem englischen Kollegen über das Trinken in Bayern bekam, sich daraufhin über die von dem Engländer gepriesene totale Enthaltsamkeit lustig machte und ziemlich ironisch antwortete, man trinke in Bayern nur Bier, der Alkoholismus komme in Bayern kaum vor. Die immer wieder in seine Behandlung zurückkehrenden rückfälligen Alkoholdeliranten ließen ihn jedoch nicht ruhen. Er sah, daß ein Schuster, ein frommer Methodist, der eine Sektion des Blauen Kreuzes leitete, mehr Erfolg in der Behandlung rückfälliger Alkoholiker hatte als er selbst und zögerte nicht hinzugehen, um bei diesem Schuster zu lernen. Langsam ging ihm die Wirksamkeit des persönlichen Vorbildes auf, es wurde ihm klar, daß er selbst abstinent werden müsse. "Ich hatte die Abstinenz - ich kann es ehrlich sagen - aus rein ethischer Pflicht auf mich genommen. Nun war mir von Monat zu Monat klarer geworden, daß ich dabei unbeabsichtigt einen großen Vorteil und eine große Kraft gewonnen hatte. Alle Zweifel und alles Zögern der ersten Zeit war mir ganz verschwunden, ich

fing an, die ganze Größe des Problems zu erfassen und begeisterte mich immer mehr für die Sache", heißt es bei ihm. FOREL erkannte mehr und mehr, daß er höhere Pflichten habe, als Ameisen zu beschreiben und neue Zusammenhänge von Fasern und Zellen im Gehirn zu suchen, und entwickelte eine weitgespannte Reisetätigkeit im Dienste der Abstinenzbewegung. Er hielt sich selbst für einen Atheisten oder wenigstens Monisten. In dem Eifer, den er auf diesen Reisen an den Tag legte, ähnelt er jedoch den Aposteln auf ihren Missionsreisen. DONATH hat FOREL als ein ethisches Genie bezeichnet, das in früheren Zeiten ein Religionsgründer oder ein Prophet geworden wäre.

Das Problem der Abstinenz ist uns heute nicht mehr in dem Maße aktuell wie in den Jahren um die Jahrhundertwende. Es ist bezeichnend, daß eine der erfolgreichsten Gesellschaften, die sich heute um den gefährdeten Alkoholiker bemüht, die "Alcoholic Anonymos", den Alkohol nicht an sich sondern nur für den alkoholisch Verführbaren ablehnt.

Wenn man WIESER und BAIER folgen darf, dann stehen heute im Mittelpunkt unseres Interesses die initialen Phasen der Trunksucht. Mehr als früher fragt man heute nach den grundlegenden anthropologischen Voraussetzungen der Sucht und des Süchtig-Werden-Könnens. Man bekämpft nicht mehr einfach, sondern fragt auch nach dem Warum. Weitreichende Einflüsse und Voraussetzungen hat hier die Psychiatrie von der Philosophie, besonders der FRIEDRICH NIETZSCHEs empfangen, in dessen Gedankenwelt das Problem des Rausches eine zentrale Stellung einnimmt (KLATT). NIETZSCHE hat, kann man vereinfachend sagen, den "dionysischen Untergrund der Welt" und die Macht der dionysischen gegenüber den apollinischen Kräften wiederentdeckt und damit das Verständnis "der anderen", "dunklen", "unbewußten", "dionysischen" Seite des Lebens gefördert. In Anlehnung an Gedankengänge Nietzsches spricht ZUTT so vom Rausch als "einer Weise unseres unwillkürlichen Werdens und Seins", V. v. GEBSATTEL von "einem Getragensein vom basalen Lebensstrom" und RÜMKE von "einem Offensein für den Gehalt und Zuspruch der Dinge dieser Welt im Rausch".

In dieselbe Richtung weisen HEYER und TEIRICH, wenn sie sich unabhängig voneinander ERNST JÜNGER anschließen, der darauf hinweist, daß die oft unwiderstehliche Anziehungskraft des Alkohols nicht allein auf dem physischen Genuß beruhe sondern auf einer mystischen Kraft. Der Alkoholiker nehme nicht aus Verdorbenheit Zuflucht zum Alkohol sondern aus Hunger an geistiger Macht. Er ersetze dem Armen, dem Ungebildeten, was Andern die Musik, die Bibliothek gewähre. Er schenke ihm erhöhte Wirklichkeit und führe ihn

von den Säumen der Realität in ihre innere Werkstatt ein. Für Viele liege die schmale Zone, in der sie eines Atemzuges aus dem Unendlichen teilhaftig würden, am Rande der Trunkenheit. Es sei deshalb irrig, das Trinken als eine Art Gefräßigkeit, die sich auf Flüssiges bezieht, bekämpfen zu wollen.

Die genannten Gedanken machen die ganze Spannweite zwischen einer um die Jahrhundertwende um das Ideal der Abstinenz ringenden und einer modernen psychodynamisch orientierten Psychiatrie deutlich.

Die geschichtliche Betrachtung zeigt, daß der Streit um das Entziehungsdelir der Alkoholiker wenn auch nicht allein bedingt, so daß wesentlich durch zeit- und geistesgeschichtliche Strömungen mitbestimmt wurde. Zeit- und geistesgeschichtliche Voraussetzungen haben sich seit der Jahrhundertwende jedoch bedeutend gewandelt. Wäre damit nicht zu erwarten, daß man heute auch der Frage des Entziehungsdelirs wieder anders, vielleicht offener und vorbehaltloser, gegenübersteht, ja, daß man vielleicht sogar bereit wäre, die alte Alkoholprophylaxe des vorigen Jahrhunderts wieder aufzunehmen?

## III. EIGENE UNTERSUCHUNGEN

Die eigenen Untersuchungen zur Frage des Entziehungsdelirs der Trinker wurden in zwei parallel laufenden Untersuchungsreihen an den Deliranten der Universitätsnervenklinik Tübingen und des Westfälischen Landeskrankenhauses Gütersloh durchgeführt. Der Grund für dieses "doppelgleisige" Vorgehen lag einerseits in dem Bestreben, einen Überblick über eine möglichst große Zahl von Deliranten zu bekommen, dann aber auch darin, zuverlässige und vergleichbare Zahlen über größere in ihren Trinksitten verschiedene Gruppen von Trinkern zu erhalten, über Unterschiede also, die man vereinfachend als landschaftlich bedingt bezeichnen kann. So muß hier erwähnt werden, daß die süddeutschen Tübinger Patienten, besonders wenn sie aus ländlichen oder kleinstädtischem Milieu kommen, überwiegend Mosttrinker sind, die norddeutschen Gütersloher Patienten dagegen Schnapstrinker.

Insgesamt wurden 314 Delirien von 285 Deliranten herangezogen. Von diesen 314 Delirien entfielen 210 auf die Universitätsnervenklinik Tübingen und 104 auf das Westfälische Landeskrankenhaus Gütersloh. Die Untersuchungen erstreckten sich dabei auf den Zeitraum vom 1.1.1921 bis zum 20.4.1962.

1. Verschafft man sich einen Überblick über die Entstehungsweisen dieser 314 Delirien, so läßt sich im Hinblick auf das Entziehungsdelir folgende Einteilung treffen:

(A) Delirien, die sich auf Grund des chronischen Alkoholismus plötzlich oder allmählich entwickeln, ohne daß sich für den Ausbruch des Delirs irgendeine erkennbare Ursache, eine sogenannte Gelegenheitsursache, verantwortlich machen ließe. Unprovozierte Delirien. Sie können durch andere Krankheiten kompliziert oder auch nicht kompliziert sein. Die begleitende Krankheit darf jedoch nicht im Sinne einer Gelegenheitsursache auf die Entstehung des Delirs provozierend gewirkt haben.

(B) Delirien, bei denen sich neben dem chronischen Alkoholismus eine oder mehrere der sogenannten Gelegenheitsursachen nachweisen lassen. Provozierte Delirien.

(1) Delirien, die nach einem äußerlich erkennbaren Anlaß auftreten, ohne daß dabei auch der Alkohol entzogen wurde. Hierzu gehören die zahlreichen Delirien nach grippalen Infekten, Pneumonien, Bronchitiden usw., bei denen die primäre Erkrankung selbst nicht zur Krankenhausaufnahme und damit auch zum Entzug des Alkohols geführt hat.

(2) Delirien, die nach einem äußerlich erkennbaren Anlaß auftreten, bei denen jedoch zu Beginn oder im Verlauf der Erkrankung auch Abstinenz einsetzte, weil

der Patient aus eigener Einsicht während seiner Erkrankung auf den gewohnten Alkohol verzichtete oder ihn von seinen Angehörigen entzogen bekam oder

ein Klinikaufenthalt notwendig wurde, bei dem in der Regel die Zufuhr von Alkohol vollkommen unterbunden oder doch wenigstens wesentlich eingeschränkt wird. Beides stellt nach Ansicht des Weltgesundheitsrates einen Entzug dar (HABERNOLL). Weiter ist zu unterscheiden,

ob die zur Einweisung in die Klinik führende Krankheit oder die durch sie bedingten therapeutischen Maßnahmen als Gelegenheitsursache in Betracht kommen oder

ob sie nicht in Betracht kommen, weil es sich um geringfügige, nicht den Gesamtorganismus betreffende Erkrankungen oder Eingriffe handelt

oder weil es sich um chronische Erkrankungen handelt, die unverändert auch schon längere Zeit vor Ausbruch des Delirs bestanden.

(3) Delirien, bei denen der plötzliche Entzug des Alkohols allein als auslösende Ursache in Betracht kommt. Entziehungsdelirien. Zu ihnen muß man zunächst alle die Delirien rechnen, bei denen sich neben dem chronischen Alkoholismus und seinen unmittelbaren Folgen keine weiteren Gelegenheitsursachen nachweisen lassen, die aber in einer engen zeitlichen Beziehung zum Beginn der Abstinenz stehen.

Zusammenfassend läßt sich folgendes Schema aufstellen:

(A) Unprovozierte Delirien

(B) provozierte Delirien

(1) durch Gelegenheitsursachen provozierte Delirien ohne Entzug des Alkohols

(2) durch Gelegenheitsursachen und Entzug des Alkohols provozierte Delirien

(3) allein durch den Entzug des Alkohols provozierte Delirien.

Die Delirien der Gruppe (A) und ($B_1$) lassen sich dabei als Kontinuitätsdelirien im Sinne von KRANZ auffassen im Gegensatz zu den reinen Entziehungsdelirien der Gruppe ($B_3$). Nicht eindeutig in der Zuordnung sind die Delirien der Gruppe ($B_2$). Je nachdem, ob die als Gelegenheitsursache aufgefaßte Erkrankung oder der Entzug des Alkohols als auslösendes Moment in Frage kommt, wird man diese Delirien als Kontinuitäts- oder aber Abstinenzdelirien auffassen können.

Die zahlenmäßige Übersicht läßt folgendes Bild entstehen:

Auf die Gruppe der unprovozierten Delirien entfielen in Tübingen 38 % aller Fälle. Durch Gelegenheitsursachen oder Entzug des Alkohols provoziert waren demnach 62 % aller Fälle. Dabei kamen in 12 % der Fälle Gelegenheitsursachen in Betracht, ohne daß gleichzeitig der Alkohol entzogen wurde. In 45 % der Fälle lagen Gelegenheitsursachen und Entzug des Alkohols vor und nur in etwa 5 % der Fälle kam der Entzug des Alkohols allein als auslösendes Moment in Betracht.

In Gütersloh entfielen 41 % aller Fälle auf die Gruppe der unprovozierten Delirien, d.h. 59 % aller Delirien waren durch Gelegenheitsursachen oder Entzug des Alkohols provoziert, davon 13 % nach Gelegenheitsursachen ohne Entzug des Alkohols, 27 % nach Gelegenheitsursachen und Entzug des Alkohols und etwa 19 % allein nach Entzug des Alkohols.

Die entsprechenden Angaben in der Literatur schwanken. Teilweise werden dir durch Gelegenheitsursachen provozierten Delirien sehr hoch mit 90 % angegeben, teilweise wird ihr Einfluß ganz vernachlässigt. So findet WYSS in seinem Material unter 40 Delirien nur eines, bei dem sich eine Gelegenheitsursache feststellen ließ.

Ebenso wird die prozentuale Beteiligung des Entziehungsdelirs sehr unterschiedlich angegeben. Bei PIKER entfallen 14,5 % auf die reinen Entziehungsdelirien, bei DROBNES 10 %, bei VICTOR und ADAMS über 90 %, bei SCHEID etwa 48 % und bei PERNSTICH 17 %. Die Zahlen sind aber nicht ohne weiteres vergleichbar. SCHEID bezieht die durch Entzug und Gelegenheitsursachen provozierten Delirien wahrscheinlich mit ein. VICTOR und ADAMS gehen von kleinen Gesamtzahlen aus. Man wird aus dieser Gegenüberstellung also keine Schlüsse ziehen dürfen. Zu den verläßlichsten Angaben gehören hier die von BONHOEFFER. Auf Grund seiner klinischen Erfahrungen in Breslau neigte er dazu, dem Alkoholentzug selbst keine entscheidende

Rolle bei der Pathogenese des Delirium tremens einzuräumen. Die Zahl der bei den im Breslauer Gefängnis eingelieferten Alkoholikern ausbrechenden Delirien machte ihn dann aber doch auf die Möglichkeit des Entziehungsdelirs aufmerksam. Er sah innerhalb von drei Jahren - die zahlreichen abortiven Delirien nicht mitgerechnet - 98 derartige Delirien, d.h. bei 2-3 % aller im Gefängnis eingelieferten Alkoholiker.

Vergleicht man die Zahlen des Tübinger Krankengutes mit denen des Gütersloher Krankengutes, so fällt vor allem die wesentlich höhere Beteiligung der reinen Entziehungsdelirien in Gütersloh auf. Etwa 19 % aller Delirien sind dort allein durch den Entzug des Alkohols provoziert gegenüber nur 3-5 % in Tübingen. Die Differenz dieser Zahlen ist zu groß, als daß man sie übersehen könnte. Sucht man nach einer Erklärung, so bieten sich hier zwei Möglichkeiten an.

Die erste beruht auf der Tatsache, daß die Gütersloher Patienten überwiegend Schnapstrinker sind, die Tübinger dagegen Mosttrinker. Von hier aus gesehen, könnte die relativ hohe Differenz zwischen 5 und fast 20 % auf einem verschieden hohen Grad der Intoxikation beruhen, indem der Genuß von hochprozentigem Schnaps stärker zum Entziehungsdelir disponiere als der schwächere Most.

Die zweite Möglichkeit der Erklärung beruht auf der Tatsache, daß das Westfälische Landeskrankenhaus Gütersloh zuständiges Landeskrankenhaus für eine Reihe von Kliniken ist, die wohl Entziehungskuren durchführen, jedoch über keine eigene geschlossene psychiatrische Abteilung verfügen, sodaß sie gezwungen sind, die bei ihnen auftretenden Delirien nach Gütersloh zu verlegen. Auch auf diese Weise ließe sich die Häufung der reinen Entziehungsdelirien in Gütersloh erklären.

1. Einige Beispiele von Entziehungsdelirien sollen jetzt näher an das Problem des Entziehungsdelirs heranführen.

(1) F.N., ein 54jähriger verheirateter, ehemals selbständiger Tischler, der seine eigene Werkstatt aufgibt, um in der Fabrik zu arbeiten. Als ihm auch das nicht mehr gefällt, hört er ganz auf und setzt sich in die von seiner Frau geführte Wirtschaft, um mit den Gästen zu trinken. Seine Frau solle für ihn arbeiten, sie sei ja noch zehn Jahre jünger. Täglich trinkt er mindestens ein bis zwei Flaschen Schnaps. Seit einiger Zeit führt er nachts im Bette

sitzend Selbstgespräche, singt Kirchenlieder und spricht mit einem Pater Franz Josef.

Bei der Aufnahme zur Entziehungskur versucht er, eine unangebrochene Flasche Korn zu verstecken. Psychisch und motorisch wirkt er erheblich verlangsamt, zeitlich und örtlich ist er leidlich orientiert. Beim Gehen fällt der Patient durch seinen langsamen und tapsigen Gang auf.

Neurologisch finden sich ein Tremor der Finger und der Zunge, ataktische Bewegungen und eine bis zu leichten Klonismen gesteigerte Hyperreflexie. Beim Romberg'schen Versuch zeigen sich starkes Schwanken und Lidflattern. Im ganzen ein prädeliranter Eindruck.

Unter der sofort eingeleiteten Therapie mit Redoxon, Vit. B-Komplex und Truxal scheint sich der Zustand zunächst nicht zu verschlechtern. Nach weiteren zwei Tagen nimmt die Unruhe trotz hoher Vitamingaben und Truxal jedoch zu. Der Patient drängt aus dem Bett, halluziniert, wird verwirrt und muß auf eine geschlossene Abteilung verlegt werden.

(2) H.H., ein 40jähriger, einmal bereits wegen Volltrunkenheit vorbestrafter Bauhilfsarbeiter. Er trinkt zuletzt nicht nur bei der Arbeit sondern auch nachts. Allein nach dem Aufwachen am Morgen etwa sechs Schnäpse, dazu noch einige Flaschen Bier. Er erscheint auf Veranlassung der Fürsorgestelle für Alkoholkranke am 14.3. noch reichlich nach Alkohol stinkend, mit torkelndem Gang zur Entziehungskur. Ist im ganzen willig und macht keine Schwierigkeiten, klagt nur über Kopfdruck und Rückenbeschwerden. In der Tasche findet sich ein noch voller und ein fast leerer "Flachmann". Schläft in der Nacht schlecht, ist unruhig und gespannt, klagt über Gefühl, einen Reifen um den Kopf zu haben. Unter der bereits eingeleiteten Therapie mit Truxal, Vitaminen, Traubenzucker und Strophantin nimmt am 15.3. die Unruhe zu. H. schläft weiterhin schlecht und weiß am 16.3. nicht mehr genau, wo er sich befindet, verkennt die Personen seiner Umgebung, ist aber hinsichtlich seiner eigenen Person ausreichend orientiert. In der Nacht zum 17.3. hat er Tiere gesehen und Musik gehört, zeitlich ist er nicht mehr orientiert, die Personen seiner Umgebung werden weiterhin verkannt. Schließlich ist er wegen der zunehmenden Unruhe nicht mehr zu halten und muß auf eine geschlossene Abteilung verlegt werden. Dort entwickelt sich ein schweres, mehrere Tage anhaltendes Delir. Der Patient bekommt neben Paraldehyd, Protactyl und der üblichen Kreislauf- und Leberschutztherapie in gewissen Abständen auch Alkohol per os. Trotzdem steigert sich die Unruhe fortwährend. Der Patient drängt aus dem Bett, zieht anderen Patienten die Bettdecke

fort und schreit laut nach seiner Mutter. Während zweier Nächte muß er isoliert werden. Er beschmiert dabei die Wände der Zelle mit Kot. Auf der Höhe des Delirs sieht er, wie von der Decke ein Sarg an vier Seilen zu ihm herabgelassen wird. Aber er will noch nicht hinein. Langsam zieht man den Sarg wieder hoch.

(3) M.K., die 51jährige Inhaberin einer Pesnion. Sie trinkt seit sechs Jahren, seitdem sie von ihrem Mann getrennt lebt, billigsten Wacholder. Vor drei Jahren wurde sie von ihrem Mann schuldlos geschieden. Sie sucht im Alkohol Vergessen. Als im Vorjahre auch noch ein ihr nahestehender Freund tödlich verunglückt, unternimmt sie einen Suicidversuch. Sie wird schließlich zwangseingewiesen. Bei der Aufnahme ist sie betrunken, dabei aber zeitlich, örtlich und persönlich voll orientiert. Sie verlangt sofort nach Wacholder. Es besteht ein hochgradiger Tremor. Hinzu kommen Unruhe und Schreckhaftigkeit. Im Bereich der Persönlichkeit zeigen sich Abbauerscheinungen im Sinne einer allgemeinen Nivellierung, Entdifferenzierung und ethischen Depravation. Die neurologische Untersuchung ergibt eine ausgeprägte Polyneuritis. Daneben findet sich eine Schädigung des Leberparenchyms. Das Zustandsbild ist prädelirant.

Am vierten Tage nach der Aufnahme nehmen unter der schon eingeleiteten Behandlung mit Hepsan, Traubenzucker, Strophantin, Vitaminen und Protactyl Unruhe und Schlaflosigkeit zu. Es entwickeln sich Trugwahrnehmungen, Personen werden verkannt, die Patientin wird erhöht suggestibel. Nachts sieht sie überall Katzen, Tiere, verlangt nach Sekt, zerreißt die Bettwäsche und trommelt in ängstlicher Erregung gegen Türen und Wände. Es bietet sich das Bild eines klassischen Alkoholdelirs.

(4) O.G., ein 56jähriger selbständiger Schuhmachermeister. Er ist in seinem Heimatort ein angesehener Bürger. Früher trank er nur gelegentlich bei geselligen Veranstaltungen, seit vier Jahren jedoch trinkt er wegen häuslicher Schwierigkeiten "maßlos". Er selbst wird nervös und zittrig und sucht sich mit Alkohol zu beruhigen. Er meint, dann wieder arbeiten zu können. Früh trinkt er seinen Wacholder, um leistungsfähig zu sein, abends, um schlafen zu können. Schließlich läßt er sich von der Haltlosigkeit dieses Zustandes überzeugen und kommt zur Entziehungskur. Bei der Aufnahme steht er hochgradig unter Alkohol, ist unruhig und leidet unter Schweißausbrüchen. Es finden sich Extrasystolen und eine Hypertonie. Der Zustand ist prädelirant.

Bei Truxal und Vitamin C-Gaben hält sich der Zustand am nächsten Tage, dann scheint er sich leicht zu bessern. In der folgenden Nacht wird der

Patient jedoch zunehmend unruhig, halluziniert. Es entwickelt sich ein Delir, das nach weiteren zwei Tagen ohne Komplikationen wieder abklingt.

(5) P.R., ein 27jähriger Hilfsarbeiter. Er trinkt täglich zwei bis drei Flaschen Wermut. Kommt zweimal zur Aufnahme. Bei der ersten Aufnahme wird er, weil er Frau und Kind vernachlässigt, in vollkommen verwahrlostem Zustand aus seiner Wohnung geholt. Noch am Nachmittag des Aufnahmetages erfolgt ein epileptischer Anfall mit Zungenbiß, am späten Abend ein weiterer und am folgenden Tag ein dritter generalisierter Krampfanfall. Das Zustandsbild ist zunächst noch prädelirant. Am zweiten Tag nach der Aufnahme entwickelt sich dann ein typisches, drei Tage anhaltendes Delirium tremens.

Wiederaufnahme nach drei Monaten. Die Zahl der am Tage getrunkenen Flaschen Wermut hat er inzwischen auf vier gesteigert. Vom Vormund wird er zu Hause nur noch betrunken angetroffen und trinkt dann noch weiter. Die Frau ist berufstätig, das Kind vollkommen verwahrlost. Der Patient näßt zu Hause ein.

Bei der Aufnahme bestehen starker Foetor ex ore und Tremor per maximus. Es wird sofort eine Therapie mit Hepsan, Traubenzucker, Strophantin, Magnesiumthiosulfat, Paraldehyd, SEE und Luminal eingeleitet. Die Unruhe nimmt trotzdem noch am selben Tage zu. Abends tritt ein generalisierter Krampfanfall auf. Die Unruhe steigert sich noch in der Nacht, der Patient wird fahrig und verwirrt. Er muß mit Gewalt festgehalten werden. Nach einer Injektion von Scophedal schläft er einige Stunden, wird dann aber wieder sehr unruhig, muß im Bett gehalten werden. Gegen Morgen wird der Atem oberflächlich und frequent, der Puls fliegend, ist kaum noch palpabel. Es kommt zum Exitus letalis infolge Herz- und Kreislaufversagens im Delir.

(6) H.S., ein 36jähriger Lagerist. Er wird wegen eines Autounfalles, den er vor zwei Jahren erlitten hat, zu einer Begutachtung zwei Tage stationär aufgenommen. Am Abend nach seiner Entlassung wird er zu Hause auffällig. Man habe auf der Heimfahrt im Bus über ihn gesprochen, alle Leute hätten ihn schlecht gemacht. Er beginnt unter dem Tisch etwas zu suchen, wischt Fäden weg, meint, es liefen überall Spinnen herum. Am Abend legt er sich ohne etwas zu essen ins Bett, springt jedoch bald wieder heraus und reißt das Kopfkissen weg. Es seien Vögel, eine Art Wellensittiche darunter, außerdem würden da lauter weiße und blaue Mäuse im Bett herumkriechen. An der Tür seien Einbrecher, die ihn abholen wollen. So reißt er das Fenster auf und schreit: "Kommt mal her, wenn ihr mich holen wollt!" Er wird daraufhin eingewiesen.

Bei der Aufnahme ist er zeitlich und örtlich desorientiert, hochgradig erregt, ablenkbar und suggestibel, liest ohne Mühe vom weißen Blatt ab, verkennt seine Umgebung und glättet ständig die Bettdecke. Er glaubt, die Mitpatienten würfen ihm ständig Sandkörner ins Gesicht. Das Essen lehnt er ab, weil Mäuse auf dem Tisch sitzen und auf dem Brot Maden herumlaufen.

(7) H.K., ein 48jähriger lediger kaufmännischer Angestellter. Er wird zur Abklärung eines Leberparenchymschadens stationär aufgenommen. Noch am Abend des Aufnahmetages gerät er ganz plötzlich in einen hochgradig deliranten Zustand, der wenig später alle Zeichen eines echten Deliriums tremens zeigt.
Bei der Aufnahme auf der psychiatrischen Station besteht bereits ein desolates Zustandsbild. Der Allgemeinzustand ist reduziert. An beiden Armen finden sich Hämatome, am Oberkiefer alte Blutungen. Die Schneidezähne sind mit einer festen Blutkruste überzogen. Beim Versuch, das Blut abzuwischen, stellt sich heraus, daß die Zähne nur noch ganz locker im Kiefer sitzen. Eine subtile körperlich neurologische Untersuchung ist bei der starken Unruhe des Patienten nicht möglich. Das Bewußtsein ist getrübt, der Patient nicht ansprechbar. Aus eigenartigen Griefbewegungen läßt sich jedoch auf optische Halluzinationen schließen. Das Krankheitsbild verschlechtert sich zusehends. Der Patient kommt schließlich im Lungenödem ad exitum.

(8) R.K., ein 52jähriger Kaufmann. Er wird zu einer internistischen Untersuchung einbestellt. Am dritten Tag nach seiner stationären Aufnahme treten motorische Unruhe, Verwirrtheit und Halluzinationen auf. Die Erscheinungen verstärken sich gegen Abend. Der Patient wird aggressiv. Er versucht, aus dem Fenster zu springen und zertrümmert einige ihm erreichbare Gegenstände. Das Delir endet bereits nach einem Tag mit Terminalschlaf.

(9) K.D., ein 58jähriger Gastwirt. Er ist Besitzer einer im weiten Umkreis als Treffpunkt aller chronischen Alkoholiker bekannten Wirtschaft. Wieviel er selbst trinkt, ist nicht zu eruieren. Er hat einmal mit einer gepachteten Wirtschaft angefangen. Vor zwölf Jahren hat er dann eine eigene dazu gebaut. Heute besitzt er außerdem zwei Lebensmittelgeschäft mit einem Gesamtjahresumsatz von 500 000 DM. Er ist Mitglied von zwölf Vereinen, Vorsitzender des Sportvereins und der Spar- und Darlehnskasse. Er beschäftigte sich zuletzt damit, noch einen Hundezuchtverein aufzubauen.
Vor zwölf Jahren wurde eine Magenresektion vorgenommen. Seitdem habe er immer schlecht gegessen. Zuletzt fast garnichts mehr. Wasser in den Beinen zwingt ihn schließlich zum Hausarzt. In den folgenden Tagen hält

er sich etwas zurück. Er trinkt nichts mehr oder wenigstens wesentlich weniger als sonst und legt sich ins Bett. Am zweiten Tage tritt plötzlich ein epileptischer Anfall mit Initialschrei, Zungenbiß und Untersichlassen auf. Der Hausarzt weist ihn, im Glauben es handele sich um einen Schlaganfall, ein.
Der Patient ist während der Aufnahme umsichtigt und klar. Er fragt zum Beispiel nach seinem Scheckbuch. Er ist Selbstzahler. In der Nacht nach der stationären Aufnahme wird er unruhig. Trotz Beruhigungsmitteln drängt er aus dem Bett. Er ist zeitlich und örtlich nicht mehr orientiert, glaubt sich im Stadthotel bei einem alten Freund und ißt Pflaumen und Apfelsinen, die er in seinem Bett findet. Einen ihm suggestiv angebotenen Faden nimmt er an. Die Sprache ist verwaschen, die Verständigung erschwert. Er sieht Ratten, Mäuse und "so einen schönen kleinen Igel". Neurologisch besteht neben dem Tremor der Zunge und der Extremitäten eine Alkoholpolyneuritis. Nach vier Tagen ist das Delir wieder abgeklungen.

(10) J.P., ein 43jähriger ehemaliger Bergmann, der jetzt mit seiner Frau zusammen eine Gastwirtschaft betreibt. Er trinkt, wie es der Tag mit sich bringt. Früh, wenn die Vertreter kommen, einige Gläser und nachmitt und abends mit den Gästen beim Skatspielen. Durchschnittlich dreißig Glas Bier und ebensoviel Schnäpse, hat aber auch schon fünfzig Glas Bier und fünfzig Schnäpse am Tag getrunken.
Vor einem Jahr trat zum ersten Mal ein Delirum tremens auf. Er wurde in einer Privatklinik behandelt, lag drei Tage unter dem Sauerstoffzelt und bekam u.a. Bier und Alkoholspritzen. Die anschließende Entziehungsbehandlung wurde offenbar recht locker geführt. Er trank bald darauf wieder.
Eines Tages erscheint er im "Rausch" und will sich zu einer Entziehungsbehandlung aufnehmen lassen, wird aber abgewiesen. Nach einer weiteren Woche sucht er das Gesundheitsamt seines Heimatortes und will sein Einverständnis zu einer freiwilligen Entziehungsbehandlung auf einer geschlossenen Abteilung erklären. Wie er angibt, hat er zwei Tage vorher nichts getrunken. Er wollte wenigstens auf dem Gesundheitsamt einmal nüchtern sein. Dort tritt jedoch plötzlich ein epileptischer Anfall auf. P. erbricht in erheblichen Mengen Blut und muß stationär aufgenommen werden. Es entwickelt sich ein schweres, vier Tage anhaltendes Delirium tremens.

(11) Dr. rer. pol. M. z. W., ein 60jähriger Landwirt, bei dem ein sich bereits über lange Jahre hinziehendes Schnapspotatorium besteht. Alle Versuche, ihn zu einer Entziehungsbehandlung zu bewegen sind bisher gescheitert. Eines Tages entfernt er sich ganz plötzlich von seiner Familie und läßt sich stationär aufnehmen, um sich einer Entziehungsbehandlung zu unterziehen. Es ent-

wickelt sich ein Alkoholdelir mit hochgradiger motorischer Unruhe, Tremor und Schweißausbrüchen. Trotz sofort eingeleiteter Therapie mit Aquacillin, Laevosan, Strophantin, Vitaminen, Periston N, Megaphen und Paraldehyd werden die Kreislaufverhältnisse zusehends schlechter. Es kommt zum Exitus letalis durch Herz- und Kreislaufversagen.

(12) H.B., ein 40jähriger Buchhalter und stellvertretender Verwaltungsleiter eines Sanatoriums. Er hat sich Veruntreuungen zu Schulden kommen lassen, lebt von seiner Frau getrennt und hat ein Verhältnis mit einer anderen Frau, die ihn heiraten möchte. Eine willensschwache Persönlichkeit. Er trinkt, damit das Zittern nachläßt und die Leere im Kopf vergeht. Zuletzt ist er auch im Dienst betrunken und muß innerhalb von zwei Tagen kündigen. Er kommt auf freiwilliger Basis zur Entziehungskur. Bei der Aufnahme fällt der Patient durch seine Unruhe, den Tremor und den starken Alkoholgeruch auf. Das Gesicht ist gerötet, die Bewegungen sind unsicher und fahrig. Er wirkt affektinkontinent, weich und weinerlich, doch insgesamt willig. Nach seiner Entlassung will er alles veruntreute Geld durch eigene Arbeit wieder auf den Tisch legen.
Am vierten Tag nach der Aufnahme steigert sich gegen Morgen die Unruhe. Der Patient sieht an der auf dem Nachttisch stehenden Blume eine Maus hinauflaufen, außerdem Spinnen, die merkwürdige Netze bilden. Er drängt in seiner Angst aus dem Zimmer. Nach Truxalgaben stellt sich bis zum Abend eine gute Beruhigung ein. Dann jedoch nimmt die Unruhe wieder zu. Es kommt zu zahlreichen optischen Halluzinationen und illusionären Verkennungen. Zeitliche und örtliche Orientierung gehen verloren. Er wähnt sich in einer Gaststätte seines Heimatortes. Nach einem weiteren Tag klingen die deliranten Erscheinungen wieder ab.

(13) W. v. R., ein 41jähriger ehemaliger Flugzeugführer und Fluglehrer, der jetzt als kaufmännischer Angestellter tätig ist. Seitdem er von seiner Frau, einer Schauspielerin in W., geschieden wurde, lebt er bei seiner Mutter, die "mit Affenliebe" an ihm als ihrem einzigen Sohn hängt. Es besteht eine ausgesprochene Mutterbindung. Der Wunsch, sich abends nach der Arbeit mal mit einem Menschen zu unterhalten, habe ihn in die Wirtschaften geführt. Stärker getrunken habe er erst seit einem Jahr, seit ihm die Firma in der Abteilung, die er selber aufgebaut hätte, einen Anderen vor die Nase gesetzt habe. In den letzten Monaten sei er praktisch immer losgefahren und habe mit einigen Bekannten getrunken. Es seien aber nie mehr als einige Wacholder und einige Biere gewesen.

Als er freiwillig zur Entziehungskur kommt, bestehen ein hochgradiger Tremor des gesamten Körpers, ängstliche Unruhe und Foetor alcoholicus. Am folgenden Tag ist der Patient bei der ausgiebigen Anamnese noch voll orientiert. Die Unruhe nimmt jedoch zu, er zittert am ganzen Körper, wird in erhöhtem Maße suggestibel und befindet sich in einem Zustand ständiger ängstlicher Unruhe. Teilweise ist er kaum fähig zu sprechen. Kritik und Einsicht, besonders hinsichtlich des Alkoholgenusses, sind erheblich geschwächt. Wahrscheinlich steht er schon unter dem Einfluß von Halluzinationen. Er behauptet zum Telefon gerufen zu werden, seine Mutter wolle ihn sprechen. Wegen der zunehmenden Unruhe muß die Exploration abgebrochen werden. In den Nachmittagsstunden tritt ein generalisierter Krampfanfall auf. Die folgende Nacht verläuft verhältnismäßig ruhig. Am Nachmittag des dritten Tages nehmen Unruhe und Tremor wieder zu. Mädchen kriechen aus den Schränken. Auf der Bettdecke sitzen Spinnen. Der Patient nestelt ständig an der Bettdecke und glättet Falten. Es tritt ein weiterer Krampfanfall auf. Therapeutisch werden Hepsan, Traubenzucker, Strophantin, Vitamine, Protactyl und Alkohol eingesetzt. Am dritten Tag nach der Aufnahme erreicht das Delir seinen Höhepunkt. Der Patient ist bereits in den frühen Morgenstunden nicht mehr orientiert. Unruhe, Ängstlichkeit und Schreckhaftigkeit haben weiter zugenommen. Es bestehen lebhafte optische und akustische Halluzinationen und abnorme Körpersensationen. Neurologisch zeichnet sich neben einer alten Polyneuritis eine Ophthalmoplegia externa ab. Nach weiteren zwei Tagen sind die deliranten Symptome vollständig verschwunden. Für die letzten 48 Stunden des Delirs besteht eine vollkommene Amnesie. Bei näherer Prüfung stellt sich in den nächsten Tagen ein ausgesprochenes amnestisches Syndrom heraus.
Acht Tage nach seiner Entlassung hat der Patient bereits wieder getrunken und nach zwei Monaten kommt die Nachricht, daß er dem Alkohol wieder völlig verfallen sei.

(14) A.F., eine 38jährige Sekretärin. Sie trinkt, seitdem sie weiß, daß ihr an Darmkrebs leidender Mann sterben muß. Sie trinkt, um sich zu betäuben, zunächst Dujardin, dann als sich ihre finanzielle Lage verschlechtert, Rum. Daneben nimmt sie Polamidontabletten, die ihr Mann verordnet bekommen und nicht gebraucht hat. Sie findet das alles nicht so schlimm, zumal ihr nach dem Alkohol immer ganz leicht zu Mute ist. Sie findet auch immer Gründe zum Weitertrinken. Eine Entziehungskur schlägt fehl. Sie trinkt schon am Tage der Entlassung wieder. Nach einer erneuten Trinkperiode nimmt sie sich ernsthaft vor, aus dem Leben zu gehen. Sie will sich in die Nordsee stürzen, wird in E. jedoch von der Kriminalpolizei aus dem Zug geholt und

macht dabei einen völlig verstörten Eindruck. In ihrer Tasche findet sich noch eine Flasche Steinhäger.
Sie wird daraufhin unter die Aufsicht einer Tante gestellt, die ihr jeglichen Alkohol entzieht. Vom 2.4. an bekommt sie keinerlei Alkohol mehr zu trinken. Am 3.4. machen sich starke Zittererscheinungen am ganzen Körper bemerkbar. Der Schlaf wird flüchtig. Am 4.4. glaubt sie sich in ihrer eigenen Wohnung, fängt an, sauber zu machen, sieht Gestalten, Bekannte und Unbekannte. Am 6.4. wird dann alles unheimlich. Sie lebt unter der Vorstellung, tot zu sein, im Sarg zu liegen, auf den die Erdschollen fallen.
Bei der klinischen Aufnahme am 7.4. besteht ein voll ausgebildetes Delirium tremens mit Unruhe, hochgradiger Ängstlichkeit und Schreckhaftigkeit, Desorientiertheit und Tremor, der zeitweise in klonische Zuckungen übergeht. Der Puls ist jagend, die Kreislaufverhältnisse sind schlecht. Neurologisch besteht eine Alkoholpolyneuritis.

(15) K.S., ein 58jähriger Arbeiter der Bundesbahn, der bereits vor drei Jahren wegen vasomotorischer Kollapszustände, Asthma bronchiale und Erwartungsangst in Behandlung stand. Er trinkt täglich etwa vier bis fünf Flaschen Bier und zwei Schnäpse. Etwa dreimal im Monat hat er an starkem Husten mit Anfällen von Bewußtlosigkeit zu leiden. Nach dem letzten dieser Anfälle wird er aufgefordert, mit dem Trinken aufzuhören. Am Morgen trinkt er die letzte Flasche Bier. In der darauffolgenden Nacht sieht er bereits Mäuse, Hasen und Hühner im Bett und auf dem Dach des Nachbarn. Er sieht einen Mann auf einem Kasten sitzen und Staub gegen ihn werfen. Tagsüber fällt der Patient nicht besonders auf.
Bei der Aufnahme kann er Ort und Datum nicht angeben. Er sieht Männer und Tiere, eine geordnete Exploration ist nicht möglich. Es besteht ein Ruhetremor beider Beine. Der Gang ist unsicher und breitbeinig, beim Romberg'schen Versuch zeigt sich starkes Schwanken.

(16) G.D., ein 31jähriger Händler. Er rutschte Anfang des Jahres mit seinem Wagen in einen Graben. Bei der Blutalkoholprobe fanden sich 2,94 pro mille. Er wurde daraufhin zu zwei Wochen Haft und neun Monaten Führerscheinentzug verurteilt. Am 17.4. wird er in die Haftanstalt aufgenommen. Am 19.4. fällt er dort durch seine Unruhe auf. Beim Erscheinen des Anstaltsarztes steht der Patient schweißüberströmt an der Tür seiner Zelle. Der Puls ist deutlich beschleunigt. Es besteht ein Tremor der Extremitäten und des ganzen Körpers. Er hat Angst, man wolle ihn durch Gas vergiften. Die Heizungsrohre seien eine Anlage, um Gas ausströmen zu lassen. Er zeigt dabei auf eine nicht vorhandene Öffnung, aus der Gas ausströme. Am folgenden

Morgen ist er zeitlich und örtlich nicht mehr orientiert. Er hört Stimmen seiner Angehörigen, schwitzt stark, ist sehr unruhig und meint, er sei in dieser Nacht Auto gefahren. Man habe auf das Auto geschossen. Die Verlegung auf eine psychiatrische Abteilung wird notwendig.

3. Allen hier gebrachten Beispielen ist gemeinsam, daß zwischen Entzug des Alkohols und Beginn des Delirs ein enger zeitlicher Zusammenhang besteht und andere Gelegenheitsursachen als der Entzug des Alkohols sich nicht nachweisen lassen. Trotzdem sind die Beispiele nicht alle gleich zu bewerten.

a) Die Deliranten selbst kommen aus nahezu allen Bevölkerungsschichten. Deutlich lassen sich die beiden Gruppen der durch die Trinksitten verpflichteten Gewohnheitstrinker wie auch der mehr süchtigen Trinker erkennen, wenn auch beide Gruppen nicht scharf voneinander zu scheiden sind (HOFF). Deutlich süchtige Züge finden sich bei den Beispielen (2), (3), (4), (5), (12), (13) und (14). Besonders zeigt sich das Maß der Verfallenheit an den Alkohol aber an den Beispielen (5) und (13). Kann man bei (3) und (14), um nur zwei Beispiele herauszugreifen, anfänglich noch mit jener RAYMUNDUS LULLUS zugeschriebenen Definition vom Alkohol als einer "consolatio ultima corporis humanis" sprechen, so zeigt besonders eindringlich das Beispiel (13), wie sehr der Alkohol auch immer eine "substantia magica" ist, d.h. eine Substanz, deren Wirkung auf den Verführbaren sich nicht allein aus ihren pharmakologischen Eigenschaften erklären läßt. Bei einigen Deliranten trägt das Trinken darüberhinaus ausgesprochene Selbstzerstörerische Züge. Von solchen Beispielen aus wird die Interpretation des chronischen Alkoholismus als "protrahierter Selbstmord" verständlich. Besonders eindringlich zeigt dies das Beispiel (5). Zugleich werden damit die tiefen rationalem Zuspruch trotzenden Wurzeln des süchtigen Trinkers deutlich, die die Prognose des genesenden Deliranten immer wieder in Frage stellen.

Die Ursachen des Alkoholentzuges sind in den einzelnen Fällen verschieden. Zuallernächst ist hier die klinische Aufnahme zu einer Entziehungskur zu nennen. Es fällt jedoch auf, wie wenig diese Entziehungskuren im eigentlichen Sinne freiwillig angetreten werden. In der überwiegenden Zahl der Fälle - hier die Beispiele (1), (4), (9), (10), (11) und (15) - zeichnen

sich bereits schwerwiegende gesundheitliche Schäden ab, die den Patienten endlich zur Entziehungskur zwingen. Ähnlich verhält es sich mit den Patienten, die von den Fürsorgebehörden für Alkoholkranke einer Entziehungskur zugeführt werden, wie die Beispiele (2), (3) und (5). Sie alle kommen nicht im eigentlichen Sinne freiwillig. Halbwegs könnte man es noch von den Patienten sagen, die - wie (12) und (13) - sich durch ihr Trinken in eine äußerlich ausweglose Lage gebracht haben und wenigstens zur Einsicht dieser Ausweglosigkeit gekommen sind.

Ganz anders liegen die Verhältnisse bei den Beispielen (6), (7), (8) und (16). Diese Patienten wurden zur Begutachtung einbestellt oder wie (16) inhaftiert. Der Entzug des Alkohols war bei ihnen garnicht eigentlich beabsichtigt sondern eine notwendige Randerscheinung von klinischer Aufnahme oder Haft. Der Ausdbruch des Delirs mußte hier also besonders überraschend kommen.

Neben diesen wichtigsten und häufigsten Ursachen des Alkoholentzuges, spielt gelegentlich auch der strikte Entzug durch die Familienangehörigen eine Rolle, wie dies das Beispiel (14) zeigt. In der Literatur haben ferner die Einberufung zum Militär (VOGEL) sowie das plötzlich verhängte allgemeine Alkoholverbot (WIGERT) eine gewisse Bedeutung erlangt.

Gelegentlich findet man die Meinung vertreten, daß die durch Entzug provozierten Delirien immer einen leichteren Verlauf nähmen, einen Verlauf wie ihn etwa das Beispiel (8) zeigt. So meint auch BONHOEFFER, unter den im Gefängnis ausbrechenden Delirien eine besonders große Zahl von abortiven Formen des Delirs gesehen zu haben. Es besteht jedoch kein Zweifel, daß neben diesen leichten immer wieder auch schwere, mitunter schwerste Verläufe mit letalem Ausgang auftreten können. Hierzu muß man die Beispiele (5), (7) und (11) zählen. In allen drei Fällen ist der Allgemeinzustand bei der Aufnahme bereits sehr schlecht. Es war also von vornherein mit einem schweren Verlauf zu rechnen und man müßte diese Delirien vielleicht von vornherein zu den komplizierten rechnen, da sie nicht dem Bild des reinen Entziehungsdelirs entsprechen.

Weit größeren Raum als diese allgemeinen Verhältnisse muß die Besprechung der Prodromalerscheinungen, der sogenannten Gelegenheitsursachen, der im Zusammenhang mit dem Entziehungsdelir auftretenden epileptischen Anfälle und die Frage der Alkoholtherapie im Hinblick auf das Entziehungsdelir beanspruchen. Eine zentrale Bedeutung kommt hierbei den Prodromalerscheinungen zu.

b) Dem kritischen Leser wird nicht entgangen sein, daß sich bei einigen Beispielen, nämlich (1), (2), (3) und (4), bei der Aufnahme bereits ein prädelirantes Zustandsbild abzeichnete. Den Beispielen (5) und (10) waren je ein Delirium tremens unmittelbar vorausgegangen. Bei den Beispielen (2), (3), (4) und (5) erfolgte die Aufnahme sicher aus einer Periode besonders excessiven Trinkens. Keine prädeliranten Symptome ließen sich allein bei den Beispielen (6), (7), (8), (9), (12), (13), (15) und (16) erkennen. Mit einer gewissen Unsicherheit sind in dieser Hinsicht die Beispiele (11) und (14) belastet. Bei (11) fehlen jede näheren Angaben. Man wird einwenden können, der Patient habe das Nahen des Delirs bereits gespürt oder er habe sich nur deshalb zur Entziehungskur entschlossen, weil bereits prädelirante Symptome bestanden. Das Beispiel ist insofern typisch, als nähere Angaben über den Aufnahmestatus sehr häufig fehlen, besonders wenn der Patient zunächst auf einer nichtpsychiatrischen Station aufgenommen wurde.

Beim Beispiel (14) könnte man hinter der Angabe, die Patientin sei in einem völlig verwirrten Zustand von der Polizei aufgegriffen worden, ein prädelirantes Zustandsbild vermuten. Stützen könnte diese Annahme der in diese Zeit fallende Selbstmordversuch sowie die Tatsache, daß sich die Patientin wieder in einer ausgesprochenen Trinkperiode befand. Der Selbstmordversuch gäbe insofern einen Hinweis, als sich Suicide und Suicidversuche in den prädeliranten Phasen häufen. In einer Reihe von Fällen lassen sich mithin Prodrome des Delirs oder des Bestehens eines prädeliranten Zustandes vor oder bei Entzug des Alkohols nicht ausschließen.

Vom klinischen Standpunkt aus ist der enge zeitliche Zusammenhang zwischen Entzug des Alkohols und Auftreten des Delirs unter Ausschluß anderer Gelegenheitsursachen der entscheidende Gesichtspunkt für die Annahme des Entziehungsdelirs. In der Literatur hat Pernstich auf seine besondere Bedeutung für die Abgrenzung des Entziehungsdelirs vom Kontinuitätsdelir hingewiesen. Er nennt solche Delirien, die mindestens 24 Stunden nach der den Entzug gewährleistenden klinischen Aufnahme ausbrechen "Spätdelirien" und will sie allein als Entziehungsdelirien verstanden wissen. Delirien, die innerhalb der ersten zwölf Stunden nach der Aufnahme ausbrechen, will er noch als Kontinuitätsdelirien erkannt haben, auch wenn für die Tage vor der Klinikaufnahme Abstinenz angegeben wurde. Er meint, in diesen Fällen sei das Delir nur hinausgeschoben. PERNSTICH entspricht mit seiner Auffassung von den Spätdelirien etwa der Lehrmeinung, daß Entziehungsdelirien zwei bis drei Tage nach dem Entzug auftreten. In den Berichten des Weltgesundheitsrates wird gestützt auf die Arbeiten von ISBELL, FRAZER, WIKLER, BELLEVILLE und EISENMANN und

VICTOR und ADAMS - sogar von drei bis fünf Tagen nach dem Entzug gesprochen, während Halluzinationen ohne Verlust der Orientierung bereits nach 24 Stunden und Tremor, Kreislaufstörungen usw. noch eher auftreten sollen.

Das eigene Material zeigt, daß ein Intervall von 24 Stunden bei den Beispielen (9), (13) und (10) auftritt, eines von 48 Stunden bei den Beispielen (1), (2), (5), (6) und (14), von 72 Stunden bei (8) und von 96 Stunden bei (3) und (12). Innerhalb der ersten 12 Stunden nach der Aufnahme brach das Delir bei (4), (5), (7), (11) und (15) aus.

Zahlenmäßig verteilen sich die Delirien also folgendermaßen:

| Stunden: | 0-12 | 12-24 | 24-48 | 48-72 | 72-96 |
|---|---|---|---|---|---|
| Zahl der Delirien: | 5 | 3 | 5 | 1 | 2 |

Für den hier verfolgten Zusammenhang ergibt sich daraus, daß sich eine eindeutige Gruppierung - etwa eine ausgesprochene Häufung der Delirien vom zweiten Tag an - nicht nachweisen läßt. Stattdessen zeigt es sich, daß das Delirium zu jedem Zeitpunkt nach dem Entzug auftreten kann. Es ist allerdings unverkennbar, daß bei einigen Delirien, nämlich (1), (2), (3), (5), (6), (8), (12), (13) und (14), ein deutliches Intervall zwischen letztem Trunk und Ausbruch des Delirs besteht. Gelegentlich kommt es in diesem Intervall sogar zu einer Rückbildung der bei der Aufnahme bereits bestehenden prädeliranten Symptomatik wie bei den Beispielen (1) und (4). In anderen Fällen - (3), (5) und (12) - kann man von einem Ruhen sprechen, d.h. es läßt sich weder ein Fortschritt noch eine Rückbildung erkennen. In einigen Fällen - (2) und (13) etwa - ist eine langsame Progredienz in Richtung auf das Delir augenscheinlich. Frei von prädeliranten Symptomen im Intervall sind die Beispiele (6), (8), (9), (10) und (14).

Vergleichbare, den zeitlichen Zusammenhang zwischen Entzug und Ausbruch des Delirs betreffende Zahlen eines amerikanischen Materials finden sich bei PIKER. PIKER konnte bei 275 noch unausgelesenen Delirien folgende zeitliche Zusammenhänge feststellen:

| Stunden: | 0 | 7-12 | 13-24 | 25-48 | 49-72 | 73-96 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Zahl der Delirien: | 205 | 18 | 10 | 31 | 5 | 6 |

Die zwischen Entzug des Alkohols und Ausbruch des Delirs verstreichende Zeit ist hierbei durch die Zahl der Stunden angegeben.

Weitaus die größte Zahl der Delirien bricht bei PIKER ohne ein erkennbares Intervall aus. Wir erkennen in ihnen die große Zahl der Kontinuitätsdelirien. Die übrigen Delirien brechen 7 - 96 Stunden nach dem letzten Trunk aus mit einer deutlichen Häufung bei 25 - 48 Stunden und 7 - 12 Stunden nach dem letzten Trunk.

In Übereinstimmung mit dem eigenen Ergebnis zeigen somit auch PIKER's Zahlen, daß eine gewisse Gruppierung der Delirien 24 - 48 Stunden nach Entzug des Alkohols zwar erkennbar ist, daß sich diese Delirien jedoch nicht scharf von den nach einem kürzeren Zeitraum ausbrechenden abheben, daß vielmehr zu jeder Zeit nach dem Entzug Delirien ausbrechen können, wobei eine obere Grenze bei etwa 96 Stunden liegt.

Prodrome des Delirs und Intervall zwischen letztem Trunk und Ausbruch des Delirs haben ihre besondere Bedeutung. Die Gegner des Entziehungsdelirs haben von den Prodromen her mit ihrer Kritik eingesetzt und in dem Bestehen von Prodromalerscheinungen vor oder bei der Aufnahme des Patienten in die Klinik einen Beweis dafür gesehen, daß es ein Entziehungsdelir garnicht gebe. Die Prodrome seien die Zeichen eines schon beginnenden Delirs und erlaubten deshalb den Schluß, daß dem Entzug des Alkohols infolgedessen keine wesentliche Bedeutung mehr zuzumessen sei. Das Delir wäre ohnehin ausgebrochen. Es gäbe also auch kein Entziehungsdelir. Was so genannt werde, sei in Wirklichkeit ein Kontinuitätsdelir.

Von solcher Warte aus gesehen, hat FOREL scharf und etwas bissig gesagt, die Abstinenz sei in diesen Fällen eben zu spät gekommen, um den Ausbruch des Delirs noch zu verhindern (KRINK).

STOLBA hat der Frage der Prodromalerscheinungen beim Entziehungsdelir eine eigene Untersuchung gewidmet und unter 159 Delirien des Burghölzli kein einziges gefunden, das nach Entzug des Alkohols ausgebrochen wäre, ohne daß nicht vorher schon ein Prodromalstadium zu erkennen gewesen wäre. "Bei Betrachtung dieser Fälle", heißt es bei ihm, "gewinnt man den überzeugenden Eindruck, daß schon zur Zeit der Trinkperiode der Stein ins Rollen gekommen war, daß es sich bei diesen Patienten im Zeitpunkte des Alkoholentzuges bereits um im Beginne des Delirs stehende Personen gehandelt hat und daß die am Schluß des Prodromalstadiums erfolgte Abstinenz nicht mehr von Belang gewesen ist."

In nur 11 Fällen (6,9 %) sah STOLBA vor dem Entzug keine Prodromalstadien. Alle diese Delirien waren nach Gelegenheitsursachen ausgebrochen. STOLBA folgerte deshalb, daß dem Entzug des Alkohols keinerlei praktisch irgendwie ins Gewicht fallende Bedeutung bei der Entstehung des Delirs beizumessen sei. Es hätten sich sonst auch Delirien finden lassen müssen, bei denen weder Gelegenheitsursachen noch Prodromalerscheinungen nachweisbar seien.

Eine Möglichkeit der Antwort vermögen hier Beispiele von Entziehungsdelirien wie (6), (8) und (9) zu geben. Sie alle sind Delirien, die sowohl vor als auch nach Entzug des Alkohols bis unmittelbar zum Ausbruch des Delirs keine Prodromalerscheinungen boten und auch ein ausreichend großes Intervall aufweisen. Weitere Beispiele dieser Art sind in der Literatur von BONHOEFFER, DROBNES, KRINK, PERNSTICH u.A.m. beschrieben worden. Ferner ist die Möglichkeit des Entziehungsdelirs durch die amerikanischen Versuche mit Freiwilligen experimentell nachgeprüft worden (KALINOWSKY). Es besteht also kein Zweifel, daß man, ein entsprechendes Potatorium vorausgesetzt, beim abrupten Entzug des Alkohols mit dem Auftreten eines Delirs rechnen muß. Sind jedoch nur das Entziehungsdelirien, die, frei von Gelegenheitsursachen, keine Prodrome, dabei aber eine genügend lange Zeitspanne zwischen Entzug und Ausbruch des Delirs aufweisen? Oder kann man auch solche Delirien als Entziehungsdelirien bezeichnen, die nicht frei von Prodromen und auch zeitlich nicht so eindeutig gegen das Kontinuitätsdelir abgegrenzt sind?

Wir müssen einerseits mit KURT SCHNEIDER daran festhalten, daß sich das Delirium tremens nicht schleichend aus dem chronischen Alkoholismus entwickelt, sondern in einem Sprung, in dem "etwas Neues" vorsichgeht. Auf der anderen Seite ist es jedoch schwer, scharf faßbare Grenzen des Delirs zu erkennen. Sowohl BONHOEFFER wie auch BASH haben hierauf nachdrücklich hingewiesen. Unter klinischen Gesichtspunkten erfassen wir den Beginn des Delirs mit dem Verlust der Orientierung. An dem stufenweisen Verlust der Orientierung zunächst in der Zeit, dann über den Ort und unter Umständen schließlich auch der Person läßt sich der Grad der Bewußtseinstrübung etwa abschätzen. Die zunehmende Bewußtseinstrübung ist dabei jedoch ein fließendes Hinübergleiten von Zuständen höherer zu Zuständen niederer Bewußtheit oder umgekehrt. Das Delir ist also immer etwas Fließendes, manchmal etwas mit dem Tagesrhythmus An- und Abschwellendes. Manchen Delirien gehen wochen-, manchmal monatelang Prodrome voran. Diese können unterschwellig als Krisenzeiten oder aber als vollausgebildete delirante Episoden mit vorübergehendem Verlust der zeitlichen und örtlichen Orientierung

und lebhaften Halluzinationen verlaufen. Man findet diesen Verlaufstyp des Delirs häufig unter den Kontinuitätsdelirien. Es gibt einzelne Fälle, in denen der Delirant so schon jahrelang "am Rande des Delirs lebt" (BUMKE), bis dieses eines Tages mit voller Wucht wie eine Woge über ihn hereinbricht und seine klinische Aufnahme notwendig macht.

Bei anderen Delirien fehlen solche Prodrome weitgehend. Das Delir bricht plötzlich und unerwartet in einer Phase relativen Wohlbefindens aus. Dieser Verlauf ist in gewisser Weise typisch für alle provozierten Delirien, sowohl die durch Gelegenheitsursachen als auch die durch abrupten Entzug des Alkohols provozierten Delirien. Man wird nicht fehlgehen anzunehmen, daß auch diese Delirien nicht "aus dem Nichts" sondern auf einem "vorbereiteten Boden" entstehen. Es findet sich diese Verlaufsform auch nicht nur bei den provozierten Delirien, sondern auch bei vielen Kontinuitätsdelirien. Es nicht etwa möglich, allmähliche, von Prodromen angekündigte Entwicklung und plötzliches unerwartetes Auftreten den beiden Begriffen Kontinuitätsdelir und Entziehungsdelir eindeutig zuzuordnen.

Prodrome, die sich vor Auftreten des Delirs feststellen lassen, sind Vorboten des Delirs, die immer in seiner Nähe stehen. Nie läßt sich jedoch mit Sicherheit sagen, ob sich aus ihnen ein voll ausgebildetes Delirium tremens entwickelt oder nicht. Die Prodrome kommen, sie gehen aber auch wieder. Das Delir kann ihnen folgen, muß es jedoch nicht. Das Bestehen von Prodromen kann somit nicht grundsätzlich gegen das Entziehungsdelir sprechen. Besagt der Begriff des Entziehungsdelirs ja nur, daß der Entzug des Alkohols auf den Ausbruch des Delirs provozierend gewirkt, d.h. seinen Manifestationstermin vorverlegt hat (FEUERLEIN).

Man kann wie H.H. MEYER in dem nun ausbrechenden Delir den Zusammenbruch diencephal gesteuerter vegetativer Regulationen sehen oder mit KRANZ vom Zusammenbruch einer ohnehin schon "prekären Homoiostase" sprechen und unter Homoiostase die "fein ausbalanzierte Konstanz eines organischen Gleichgewichtes fortwährend einander entgegenwirkender Kräfte" verstehen, die zur Erhaltung der Lebensvorgänge notwendig ist. Dem Entzug des Alkohols käme dann die Rolle eines letzten kleinen Anstoßes zu, der das bis dahin noch mühsam aufrechterhaltene Gleichgewicht völlig zusammenbrechen läßt.

Auf der anderen Seite hat SCHULTE gezeigt, daß in jedem Delir auch persönliche, biographische Momente eine Rolle spielen, daß im Delir die Stimme des Gewissens laut wird, die den Deliranten mit seiner angehäuften Schuld

konfrontiert und zu einer Umkehr zu bewegen sucht, um ihn vor gänzlichem Verfall zu bewahren. Man wird sich also hüten müssen für das Zustandekommen eines Delirs nur einen einzigen Faktor verantwortlich machen zu wollen. Die gravierende Bedeutung des Alkoholentzuges für die Genese des Delirs kann nur in Verbindung mit allen anderen Faktoren richtig abgeschätzt werden.

c) Das Entziehungsdelir wurde von uns bisher unter Ausschluß von Gelegenheitsursachen betrachtet. Diesen wollen wir uns jetzt zuwenden.

Mit einer ganz groben Einteilung kann man unter den Gelegenheitsursachen die Erkrankungen zusammenfassen, die selbst unmittelbar oder mittelbar Folge der chronischen Intoxikation sind. Man findet unter ihnen häufig die ersten Symptome des beginnenden Delirs wie anhaltende Durchfälle, Übelkeit, Erbrechen, Schlafstörungen und epileptische Anfälle.

Eine zweite Gruppe umfaßt Traumen aller möglichen Art wie Riß- und Quetschwunden nach Unfällen, Stichverletzungen nach Messerstechereien und vor allem Frakturen der Extremitäten, des Schlüsselbeins, des Schulterblattes, häufig der Rippen, der Wirbelkörper usw. BONHOEFFER, der sich mit dieser Art von Gelegenheitsursachen besonders beschäftigt, meint, man solle in diesen Fällen immer danach forschen, ob nicht das beginnende Delir am Zustandekommen dieser Traumen mitbeteiligt sei und ob damit ihre Bedeutung als Gelegenheitsursache nicht hinfällig werde.

Zu dieser Gruppe zu rechnen sind auch die nach operativen Eingriffen auftretenden Alkoholdelirien wie solche nach Glaukomoperationen, Magenresektionen, Tonsillektomien oder Leistenbruchoperationen.

Die dritte, fast wichtigste Gruppe machen die fieberhaften Infekte, unter ihnen wieder besonders die Pneumonien, Bronchitiden und grippalen Infekte aus. Sie sind so häufig, daß sie schon früh eine besondere Bedeutung für die pathogenetische Theorie des Delirium tremens bekamen. Erinnert sei hier nur an die Anschauungen BRONHOEFFERS, der ein normalerweise durch die Lunge ausgeschiedenes, durch die Erkrankung der Atmungswege aber retiniertes Toxin als Ursache des Delirium tremens ansah.

KLEIST spricht von einer "symptomatischen Labilität" für Delirien und fieberhafte Infekte und nimmt dafür eine erbliche Grundlage an, ohne daß es ihm jedoch gelungen wäre, diese näher zu bestimmen (KRISCH).

Auf der anderen Seite zeigten ältere Tierexperimente bereits, daß die Neigung zu fieberhaften Infekten durch Resistenzminderung eine Folge der chronischen Alkoholintoxikation ist (GRUBER). Unsere heutigen Anschauungen über die Rolle der Nebennierenrinde im Rahmen des chronischen Alkoholismus bestätigen dies. Infolge der chronischen Intoxikation kommt es zu einem Versagen der Nebennierenrinde und damit einem Nachlassen der Widerstandskraft gegen Infektionen jeder Art (KRYSTALL).

Es liegt somit nahe, fieberhafte Infekte, wo sie im Rahmen einer Delirentwicklung auftreten, selbst als Symptom der chronischen Intoxikation aufzufassen, und in ihnen nicht Ursache sondern allenfalls Zeichen eines nahen Delirs zu sehen. Ein Ergebnis, zu dem POHLISCH bereits ohne Kenntnis der hormonalen Zusammenhänge in seiner Studie über die Gelegenheitsursachen kam.

Nicht ganz in den Rahmen dieser Erörterung über die Gelegenheitsursachen paßt das rein seelische Trauma. Es soll hier jedoch wenigstens erwähnt werden. Seine Bedeutung bei der Genese der in der Haft ausbrechenden Delirien ist immer wieder hervorgehoben worden. Die in der Haft ausbrechenden Delirien sind heute jedoch so selten geworden, daß man kein eigenes Urteil wagen dürfen wird. BONHOEFFER, der in der seltenen Lage war, eine große Zahl solcher Delirien zu sehen, hat es stets abgelehnt, dem seelischen Trauma irgendeine Bedeutung für die Genese der in der Haft ausgebrochenen Delirien zuzuschreiben. Er hat vielmehr betont, daß die Deliranten fast ausnahmslos vorbestrafte Alkoholiker oder gewohnheitsmäßige Vagabunden waren, die ihrer Strafe vollkommen gleichgültig gegenüberstanden. Gleichlautend äußerten sich auch DROBNES und ASCHAFFENBURG.

Rechnet man die allein durch Entzug des Alkohols provozierten Delirien ab, so entfällt in unserem Material auf die Gruppe der durch andere Gelegenheitsursachen provozierten Delirien immer noch knapp die Hälfte aller Delirien. Von diesen sind nur der kleinere Teil allein durch Gelegenheitsursachen, die Mehrzahl jedoch durch Gelegenheitsursachen und Entzug des Alkohols provoziert. Bedenkt man, wie wenig genaues wir über die Wirkung der Gelegenheitsursachen wissen, so wird man nicht mehr wie früher so oft bei den durch Gelegenheitsursachen und Entzug des Alkohols provozierten Delirien Gelegenheitsursachen und Entzug des Alkohols gegeneinander ausspielen, sondern auch hier die Bedeutung des abrupten Entzuges in Rechnung stellen müssen, wie es von den meisten Autoren heute getan wird. Letztlich sind Gelegenheitsursachen und abrupter Entzug des gewohnten Alkohols beides zusätzliche

Belastungen, die wahrscheinlich im gleichen Sinne oder ähnlich auf den Ausbruch des Delirs provozierend wirken.

Eine gewisse praktische Bedeutung kommt dieser Feststellung bei allen den Delirien zu, bei denen die zusätzliche Erkrankung weniger den Charakter einer Gelegenheitsursache als den einer Komplikation trägt. Mit Art und Schwere der Komplikation wächst die Gefahr für den Deliranten. Die komplizierten Delirien sind es, die mit einer besonders hohen Mortalität belastet sind (FEUERLEIN u.A.m.). Man wird also beim Vorliegen ernstzunehmender Komplikationen den Ausbruch des Delirs um jeden Preis zu verhindern suchen und - wenn überhaupt, dann hier - einen gestuften Entzug des Alkohols in Erwägung ziehen müssen.

d) Die epileptischen Anfälle, die bei den Beispielen (5), (9), (10) und (13) auftreten, bedürfen einer eigenen Besprechung. Man wird sie in analoger Weise zum Entziehungsdelir als Entziehungserscheinung deuten müssen. In allen Fällen handelt es sich um generalisierte Krampfanfälle, zum Teil mit Initialschrei, Zungenbiß und Inkontinenz, Anfälle, die dem Entzug unmittelbar, meist noch am Aufnahmetag folgten. Im Beispiel (5) treten sie bei beiden Delirien auf. Delirante Symptome bestehen zum Zeitpunkt des Auftretens der Anfälle nur beim Beispiel (13). Der erste generalisierte Krampfanfall trifft dort zeitlich mit dem Beginn des Delirs zusammen. In allen andern Fällen sind die Deliranten zu diesem Zeitpunkt noch frei von deliranten Symptomen. Besonders interessant ist das Beispiel (10). Der Deliriant hatte vor Jahresfrist bereits ein Delirium tremens durchgemacht. Es handelte sich damals um ein Delirium ex potu nimio (Kontinuitätsdelir). Ein epileptischer Anfall trat nicht auf. Das zeite Delir entwickelte sich ex potu intermisso. Der Patient setzte aus eigenem Entschluß die täglich zugeführte Alkoholmenge mindestens erheblich herab, um auf dem Gesundheitsamt nüchtern zu sein. Erst darauf kommt es zu einem generalisierten Krampfanfall und innerhalb des nächstfolgenden Tages zum Ausbruch des Delirs. Frühere epileptische Anfälle sind bei keinem der vier Deliranten bekannt geworden. Mit Sicherheit sind sie bei den Beispielen (9) und (10) auszuschließen.

Alkoholepileptische Anfälle können offenbar, dem Delirium tremens ganz entsprechend, als Folge des chronischen Alkoholismus direkt auftreten als auch durch den abrupten Entzug des Alkohols provoziert werden, ohne daß bereits eine Epilepsie besteht. KALINOWSKY berichtet in diesem Zusammen-

hang von einem bereits erwähnten Experiment des Regierungshospitals für Süchtige in Lexington (Kentucky), bei welchem zehn Freiwillige 48 Tage Tag und Nacht große Dosen Alkohol zugeführt wurden. Bei zwei von den sechs Freiwilligen, die das Experiment durchstanden, traten nach plötzlichem Entzug des Alkohols generalisierte Krampfanfälle auf. Dreimal entwickelte sich ein typisches Delirium tremens, zweimal traten vorübergehend Halluzinationen bei sonst klarem Bewußtsein auf und nur in einem Fall geschah, abgesehen von den bekannten Entziehungserscheinungen wie Zittern, Schweißausbrüchen, Durchfällen und Schlaflosigkeit, garnichts.

BONHOEFFER hatte noch nur von einem vermehrten Auftreten der Epilepsie bei Alkoholikern und dem gelegentlichen Zusammentreffen von Delir und Krampfanfall gesprochen und, obwohl in 10 % seiner Fälle dem Delir innerhalb von 24-60 Stunden ein Krampfanfall vorausging, beide als Ausdruck derselben Intoxikation aufgefaßt, ohne dabei an einen Zusammenhang mit dem Entzug des Alkohols zu denken. Das Experiment vermag also unsere klinischen Beobachtungen zu ergänzen. Die Bedeutung des epileptischen Anfalls besteht offenbar darin, daß er in der Reihenfolge der Entziehungssymptome vor dem Entziehungsdelir steht und somit einen Hinweis auf den bevorstehenden Ausbruch des Delirs geben kann.

Der Weltgesundheitsrat rechnet mit einem Auftreten des epileptischen Anfalls zwischen 24 und 48 Stunden nach Entzug des Alkohols (HABERNOLL). Unrichtig ist sicher die Behauptung JISLINEs, daß Alkoholepilepsie und Dämmerzustände epileptischer Art nur in der Abstinenzperiode auftreten. Der epileptische Anfall ex potu intermisso hat bemerkenswerterweise nie Anlaß zu einem ähnlichen Streit gegeben wie das Entziehungsdelir, obwohl die Analogie hier ja auf der Hand liegt, ein Zeichen dafür, daß der Streit um das Entziehungsdelir tatsächlich von der Alkoholtherapie her entbrannt ist. Alkoholtherapie jedoch vermag es beim epileptischen Anfall nicht zu geben.

e) Wie eingangs bereits gezeigt wurde, ist die Geschichte der Versuche, durch Alkoholgaben den Verlauf des Delirium tremens, besonders aber den der Entziehungsdelirien, zu beeinflussen, sehr alt, aber auch seit jeher heftig umstritten gewesen.

Falsch ist sicher, das Problem des Entziehungsdelirs allein von Gesichtspunkten der Alkoholtherapie aus zu betrachten. Umgekehrt kann man auch nicht von den relativ seltenen reinen Entziehungsdelirien her eine generelle Alkohol-

therapie begründen.

Leider ist die Zahl der mit Alkohol behandelten Deliranten im eigenen Material zu klein und nicht im Sinne eines Ergebnisses zu verwerten. Wir ziehen deshalb ausschließlich die Literatur heran.

HOLITSCHER, auf den sich später dann auch KRAEPELIN stützte, richtete seinerzeit eine große Umfrage an alle damals maßgeblichen Psychiater und fand auf Grund dieser Umfrage, daß hie und da nach dem Alkoholentzug Delirien vorkommen, die bei fortgesetztem Alkoholgenuß möglicherweise nicht aufgetreten wären. Ihre Zahl jedoch, heißt es bei ihm, sei angesichts der großen Zahl der Trinker, die in den Trinkerheilanstalten entzogen würden und kein Delir bekämen, so gering, daß man aus ihnen auf keinen Fall eine allgemeine Alkoholprophylaxe ableiten könne. Zu dem gleichen Ergebnis kam auch PIKER. Er findet zwar Delirien, die wir als Entziehungsdelirien bezeichnen würden, sogar in einer nicht unerheblichen Zahl, stellt diesen aber die große Zahl der Alkoholiker gegenüber, die nach dem Entzug kein Delir bekamen, sodaß die Entziehungsdelirien zahlenmäßig nicht mehr ins Gewicht fallen.

Beweisen die statistischen Untersuchungen, daß eine generelle Alkoholprophylaxe nicht begründet ist, so stellt die praktische Erfahrung eine Alkoholtherapie auch im Einzelfall in Frage.

BONHOEFFER war bereits aufgefallen, daß die Beziehung zwischen Alkoholentzug und Ausbruch des Delirs nicht so einfach ist, "daß es etwa gelänge, durch Verabreichung von Alkohol diese Delirien zu coupieren oder überhaupt wesentlich zu beeinflussen". Auch WAGNER v. JAUREGG, auf den in diesem Zusammenhang bereits hingewiesen wurde, konnte bei seinen Versuchen, den Verlauf des Delirs durch Alkoholgaben zu beeinflussen, zu keinem eindeutigen Ergebnis kommen. Er meinte zwar, die Delirien würden einen leichteren, wenn auch längeren Verlauf nehmen, war sich seiner Sache jedoch keineswegs sicher. SCHEID, der mit Nachdruck auf die Bedeutung des Entziehungsdelirs hinweist, bemerkt ausdrücklich "daß Alkoholgaben nach Ausbruch des Delirs - und selbst in seinen Anfangsstadien - niemals imstande sind, den nunmehr schicksalsmäßigen Ablauf zu unterbrechen." WIESER und BAIER räumen dem Alkohol zwar eine prophylaktische Wirksamkeit ein, weisen jedoch ebenfalls darauf hin, daß es bei einem bereits bestehenden Delir nicht möglich sei, das Krankheitsgeschehen mit Alkohol zu beeinflussen.

Das Problem kann damit jedoch nicht als erledigt betrachtet werden. Der Weltgesundheitsrat sagt z.B. - gestützt auf VICTOR und ADAMS - daß Entziehungserscheinungen solange nicht auftreten, als ein ausreichender Vergiftungsgrad aufrechterhalten wird. Alkohol oder andere Medikamente mit gleicher pharmakologischer Wirksamkeit wie Alkohol - z.B. Paraldehyd, Barbiturate und Chloralhydrat - verminderten die Entziehungserscheinungen (HABERNOLL). In die gleiche Richtung weist das Verschwinden des morgendlichen Tremors der Trinker durch neue Alkoholzufuhr. Es steht hier offenbar Beobachtung gegen Beobachtung. An größeren gründlichen Untersuchungen fehlt es. Auch LECOQ berichtet nur Einzelbeobachtungen, auf Grund deren er in den Fällen, in denen das Delir durch den plötzlichen Entzug des Alkohols ausbreche, den intravenös zugeführten Alkohol für ein ausgezeichnetes Heilmittel hält. Es dürfte jedoch schwierig sein, objektive Maßstäbe für die Wirksamkeit einer Alkoholtherapie zu finden. Dauer und Schwere des Delirium tremens lassen sich nicht messen. Die Schwere des Delirs läßt sich nur ungefähr abschätzen, die Dauer schwankt ohnehin und zeigt fließende Übergänge zu protrahierten und zu abortiven Formen.

Es liegt vielleicht an diesen unsicheren Erfahrungen, daß sich die Alkoholprophylaxe, wie sie in Frankreich mit dem Curethyl A und B geübt wird, im deutschsprachigen Raum nicht recht durchgesetzt hat (STECK, WIESER und BAIER).

## V. ZUSAMMENFASSUNG

Wer heute die Frage nach dem Entziehungsdelir der Trinker stellt, tut dies vor einem geschichtlichen Hintergrund, der durch die große Auseinandersetzung um das Entziehungsdelir der Trinker um die Jahrhundertwende geprägt ist. Obwohl diese Auseinandersetzung und die sie tragenden Anschauungen für uns heute historisch sind, sind sie doch nicht ohne Belang, treten in ihnen doch die um das Entziehungsdelir kreisenden Fragen bereits so hervor, wie sie sich uns heute, wenn auch unter gewandeltem Aspekt, wieder stellen.

Das Zusammentreffen WAGNER v. JAUREGG's und AUGUST FOREL's auf dem VIII. Internationalen Kongreß gegen den Alkoholismus 1901 in Wien vermag die geschichtliche Lage episodenhaft zu beleuchten. WAGNER v. JAUREGG vertrat den streng klinischen, den sachlichen, auf Experiment und klinische Beobachtung gestützten Standpunkt, FOREL, der als Seele der Abstinenzbewegung jener Tage galt, den ethischen, aus persönlicher Einsicht und Erfahrung gewonnenen, dem es darum ging, eine Lösung für das bedrohliche Problem des Alkoholismus zu finden.

Erst in neuerer Zeit sind die anscheinend so unlöslich miteinander verbundenen Fragen des Entziehungsdelirs und einer aus der der Annahme des Entziehungsdelirs abgeleiteten Alkoholtherapie voneinander getrennt worden. Die ethische Doktrin ist zurückgetreten zugunsten einer intensiveren Beschäftigung mit der Persönlichkeit des Alkoholikers, den sozialen Gegebenheiten der Trunksucht und den allgemeinen antrhopologischen Voraussetzungen der Sucht. Damit scheint auch der Weg zu einer rein klinischen Betrachtung des Entziehungsdelirs, losgelöst zunächst von der Frage der Alkoholtherapie, wieder frei zu sein.

Im Hinblick auf das Entziehungsdelir wurden von uns in zwei parallel laufenden Untersuchungsreihen die Krankengeschichten der Deliranten der Universitätsnervenklinik Tübingen und des Westfälischen Psychiatrischen Landeskrankenhauses Gütersloh der Jahre 1921 - 1962 durchgesehen. Es konnten auf diese Weise aus einem Zeitraum von mehr als vierzig Jahren insgesamt 314 Alkoholdelirien von 285 Deliranten herangezogen werden. Dabei entfielen 210 Delirien auf die Universitätsnervenklinik Tübingen und 104 auf das Westfälische Psychiatrische Landeskrankenhaus Gütersloh.

Die nähere Aufschlüsselung ergab, daß in Tübingen 38 % aller Delirien ohne erkennbare Gelegenheitsursachen aus einem fortgesetzten Potatorium entstanden, 62 % aller Delirien dagegen nach einem erkennbaren äußeren Anlaß. Dabei kamen in 12 % der Fälle Gelegenheitsursachen in Betracht, ohne daß gleichzeitig der Alkohol entzogen wurde. In 45 % der Fälle lagen Gelegenheitsursachen und Entzug des Alkohols vor und in etwa 5 % der Fälle kam der Entzug des Alkohols allein als auslösendes Moment in Betracht.

In Gütersloh entstanden 41 % aller Delirien ohne erkennbaren äußeren Anlaß, 59 % aller Delirien dagegen nach einem solchen, 13 % nach Gelegenheitsursachen ohne Entzug des Alkohols, 27 % nach Gelegenheitsursachen und Entzug des Alkohols und etwa 19 % allein nach Entzug des Alkohols.

Die ohne erkennbaren äußeren Anlaß aus einem fortgesetzten Potatorium entstandenen Delirien wurden dabei von uns als unprovozierte oder Kontinuitätsdelirien bezeichnet im Gegensatz zu den provozierten Delirien, d.h. den Delirien, die nach einem äußerlich erkennbaren Anlaß auftraten. Als Entziehungsdelirien wurden nur die Delirien angesprochen, die durch keinerlei weitere im Sinne einer Gelegenheitsursache aufzufassende Erkrankung kompliziert waren, andererseits aber in einem engen zeitlichen Zusammenhang mit dem Entzug des Alkohols auftraten. Diesen Kriterien genügten in Tübingen 5 %, in Gütersloh 19 % aller Fälle.

Die nähere Betrachtung dieser Delirien zeigte, daß es sich in der Regel um Delirien handelt, die anläßlich einer Entziehungskur aufgetreten sind. In anderen Fällen wurde der Entzug des Alkohols durch stationäre Begutachtung, Haft oder Familienangehörige herbeigeführt.
Als besonders schwierig erwies es sich, eine eindeutige Abgrenzung des Entziehungsdelirs gegen das Kontinuitätsdelir zu finden.

Nach Ansicht des Weltgesundheitsrates treten Entziehungsdelirien nach einem Intervall von zwei, drei und mehr Tagen nach Entzug des Alkohols auf. Unser Material zeigte in Verbindung mit in der amerikanischen Literatur niedergelegten Zahlen demgegenüber, daß eine gewisse Häufung der Delirien 24 - 48 Stunden nach Entzug des Alkohols zwar erkennbar ist, daß sich diese Delirien jedoch nicht scharf von den nach einem kürzeren Zeitraum ausbrechenden Delirien abheben, daß vielmehr zu jeder Zeit nach dem Entzug Delirien ausbrechen können, wobei eine obere Grenze bei etwa 96 Stunden liegt.

Bestanden vor dem Entzug des Alkohols bereits Prodrome eines beginnenden

Delirs, so war in einigen Fällen ein langsames Fortschreiten in Richtung auf das Delir, in anderen dagegen ein Ruhen, d.h. weder Fortschritt noch Rückschritt, oder aber ein deutlicher Rückgang der prädeliranten Symptomatik zu erkennen.

Die daraus zu ziehende Folgerung, daß Prodrome, wo sie auftreten, nicht gegen die Annahme eines Entziehungsdelirs sprechen müssen, ließ sich auch von anderer Seite bestätigen.

Die große Zahl der Delirien ließ zwei Verlaufstypen erkennen. Bei dem einen gehen dem Delir wochen-, manchmal monatelang Prodrome voraus, unterschwellig als Krisenzeiten oder aber als voll ausgebildete delirante Episoden mit vorübergehendem Verlust der zeitlichen und örtlichen Orientierung und lebhaften Halluzinationen. Bei dem anderen fehlen solche Prodrome weitgehend. Das Delir bricht plötzlich und unerwartet in einer Phase relativen Wohlbefindens aus. Obwohl die erstgenannte Verlaufsform in gewisser Weise typisch für eine große Zahl von Kontinuitätsdelirien, die zweite dagegen für die provozierten Delirien ist, ist es doch nicht so, daß man allmähliche, von Prodromen angekündigte Entwicklung und plötzliches, unerwartetes Auftreten den beiden Begriffen Kontinuitätsdelir und Entziehungsdelir eindeutig zuordnen könnte. Es finden sich auch unter den Kontinuitätsdelirien Delirien, die plötzlich und unerwartet auftreten, ebenso wie es bei den Entziehungsdelirien auch Prodrome geben kann.

Dieser Sachverhalt legt es nahe, nicht von Entziehungsdelir und Kontinuitätsdelir als zwei immer scharf voneinander zu trennenden Formen des Alkoholdelirs zu sprechen, sondern im plötzlichen Entzug des Alkohols eine zusätzliche Belastung zu sehen, die in verschiedenen Entwicklungsstadien des Delirs wirksam werden und den Ausbruch des Delirs fördern oder aber selbst veranlassen kann.

So gesehen beschränkt sich die Bedeutung des abrupten Alkoholentzuges nicht auf die Delirien, die wir als reine Entziehungsdelirien bezeichnet haben, sondern erstreckt sich auch auf die ursprünglich von uns von der Betrachtung ausgeschlossenen durch weitere Gelegenheitsursachen provozierten Delirien. Nur ein geringer Teil der sogenannten Gelegenheitsursachen hält der Kritik stand und kommt wirklich als Gelegenheitsursache in Betracht. Es ist hier vor allem an operative Eingriffe zu denken. Bei der Mehrzahl der anderen Gelegenheitsursachen handelt es sich um die mittel- oder unmittelbaren Folgen des chronischen Alkoholismus. Eine praktische Bedeutung kommt den durch Gelegen-

heitsursachen und Entzug des Alkohols provozierten Delirien dann zu, wenn ernsthafte Komplikationen den Ausbruch eines Delirs zu einer unmittelbaren Lebensgefahr für den Deliranten werden lassen. Man wird in diesen Fällen das Auftreten eines Delirs unter allen Umständen zu verhindern suchen und, wenn überhaupt, dann hier einen gestuften Entzug des Alkohols in Erwägung ziehen müssen.

Von gewissem Interesse waren uns ferner die dem Delir in manchen Fällen vorangehenden generalisierten Krampfanfälle. Frühere Autoren haben in ihnen nur den Ausdruck derselben Intoxikation gesehen, die auch zum Ausbruch des Delirs führt. Demgegenüber läßt das Auftreten von epileptischen Anfällen in unserem Material in einer Reihe von Fällen eher an eine Entziehungserscheinung denken, wobei sich diese Auffassung auch aus der neueren Literatur stützen läßt. Die generalisierten Krampfanfälle der Alkoholiker können offenbar in einer dem Delirium tremens ganz analogen Weise sowohl aus dem fortgesetzten Alkoholgenuß heraus als auch nach dem Entzug desselben auftreten.

Zur Frage der Alkoholtherapie konnten wir über keine eigenen Erfahrungen berichten. Aus dem Studium der Literatur ergibt sich jedoch eindeutig, daß alle Versuche durch Alkoholgaben den Verlauf des Alkoholdelirs zu beeinflussen, bis heute zu keinem Ergebnis geführt haben. Als unentschieden hat noch zu gelten, inwieweit eine vor Ausbruch des Delirs einsetzende Alkoholprophylaxe als wirksam anzusehen ist. Die in Frankreich geübte Methode des gestuften Entzuges mit dem Curethyl A und B hat sich in Deutschland bisher nicht durchgesetzt.

Versucht man, das Ergebnis unserer Untersuchung auf einen Nenner zu bringen, so kann man sagen: Reine Entziehungsdelirien, die in engem zeitlichen Zusammenhang mit dem Entzug des Alkohols auftreten, ohne dabei durch andere im Sinne einer Gelegenheitsursache aufzufassende Erkrankungen kompliziert zu sein, sind gemessen an der großen Gesamtzahl der Delirien relativ selten. Der abrupte Entzug des Alkohols kann diese Delirien völlig überraschend, scheinbar aus dem "Nichts" entstehen lassen oder aber im Rahmen einer schon prädeliranten Symptomatik nur den letzten Anstoß zum Ausbruch des Delirs geben. So kann im Einzelfall die Differentialdiagnose zum Kontinuitätsdelir Schwierigkeiten bereiten. Man sollte deshalb von Kontinuitätsdelir und Entziehungsdelir nicht als zwei immer scharf voneinander zu trennenden Formen des Delirs sprechen, sondern in ihnen nur eine Bezeichnung für zwei verschiedene Entstehungsweisen des Alkoholdelirs sehen und nur dann von Entziehungsdelir sprechen, wenn man den provozierenden Einfluß des abrupen Alkohol-

entzuges bei der Genese des Delirs hervorheben will.

Eine Alkoholtherapie ist auf Grund der Diagnose Entziehungsdelir nicht angezeigt, da sie allen bisherigen Erfahrungen nach wirkungslos ist.

Dagegen sollte man bei drohendem Ausbruch eines Delirs und gleichzeitigem Vorliegen von schwerwiegenden Komplikationen, die das Delir zu einer unmittelbaren Lebensgefahr für den Patienten werden ließen, den Ausbruch des Delirs unbedingt zu verhindern suchen und den gestuften Entzug des Alkohols in Erwägung ziehen.

## V. LITERATUR


1. Aschaffenburg, G.: Über die plötzliche Entziehung von Alkohol. Mschr. f. Kriminalpsychol. II 638-639 (1904/05)

2. Asmussen, G.: Was lehrt die Geschichte der älteren deutschen Mäßigkeits- und Enthaltsamkeitsbewegung für die Gegenwart? s. Wlassak S. 524-531

3. Auersperg, A. u. G. Solari: Brückensymptome der akuten Alkoholhalluzinose zum Delirium tremens. Nervenarzt 24 407-415 (1953)

4. Auersperg, A., M. Chamorro, A. Moreno, J. Wiebel u. M. Varas: Delirio de amenaza y delirio de persecucion. Contribucion a la clinica comparada de las psicosis metalcoholicas de abstinencias. Rev. Neuro-psiquiatr. 21 418-444 (1958)

5. Bash, K.W.: Lehrbuch der allgemeinen Psychopathologie. Thieme Stuttgart 1955

6. Benedetti, G.: Beispiel einer strukturanalytischen und pharmakodynamischen Untersuchung an einem Fall von Alkoholhalluzinose, Charakterneurose und psychoreaktiver Halluzinose. Zschr. f. Psychotherap. 1 177-192 (1951)

7. Benedetti, G.: Die Alkoholhalluzinosen. Thieme Stuttgart 1952

8. Bergmann, J.: Geschichte der Antialkoholbestrebungen. Hrsg. von R. Kraut Hamburg 1904

9. Bilz, R.: Trinker. Eine Untersuchung über das Erleben und Verhalten der Alkoholhalluzinanten. Enke Stuttgart 1959

10. Birchner-Benner, M.: Vom Werden des neuen Arztes. Dresden 1938

11. Bleuler, E.: Lehrbuch der Psychiatrie. 10. Auflage, umgearbeitet von Manfred Bleuler. Springer Berlin-Göttingen-Heidelberg 1960

12. Bonhoeffer, K.: Die akuten Geisteskrankheiten der Gewohnheitstrinker. Fischer Jena 1901

13. Bumke, O.: Lehrbuch der Geisteskrankheiten 7. Auflage München 1948

14. Bumke, O.: Erinnerungen und Betrachtungen. Der Weg eines deutschen Psychiaters. München 1952

15. Coirault, R. et H. Laborit: Le delirium tremens. Masson & Cie. Paris 1956

16. Döllken, A.: Die körperlichen Erscheinungen des Delirium tremens. Leipzig 1901

17. Donath, J.: August Forel. Zschr. ges. Neurol. Psychiat. 136 642-644 (1931)

18. Drobnes, S.: Zur Frage des Entziehungsdelirs. Nervenarzt 9 358-363 (1936)

19. Elsholz, A.: Beitrag zur Kenntnis des Delirium tremens. J. Psychiatr. XV 180-220 (1897)

20. Feuerlein, W.: Zur Prognose des Alkoholdelirs. Nervenarzt 30 38 (1959)

21. Forel, A.: Rückblick auf mein Leben. Zürich 1935

22. Gebsattel, V.E. v.: Prolegomena einer medizinischen Anthropologie. Springer Berlin 1954 zit. nach Zutt

23. Glickmann, L.S., V. Schenker, S. Grolnick, A. Green and A. Schenker: Cerebrospinal Fluid Cation Levels in Delirium tremens with special Referance to Magnesium. J. Nerv. Ment. Dis. 134 410-414 (1962)

24. Gruber: Der Einfluß des Alkohols auf den Verlauf der Infektionskrankheiten. s. Wlassak S. 80-85

25. Gruhle, H.W., R. Jung, W. Mayer-Groß und M. Müller: Psychiatrie der Gegenwart Bd. II Klinische Psychiatrie. Springer Berlin 1960

26. Habernoll, A.: Das Problem des Alkoholismus. Schriftenreihe aus dem Gebiete des öffentlichen Gesundheitswesen Heft 3 Thieme Stuttgart 1956

27. Helbig, H.: Das tödliche Alkoholdelir, dargestellt an 54 Fällen. Nervenarzt 33 221-226 (1962)

28. Heyer, G.R.: Tiefenpsychologie als Grenzwissenschaft. Vorträge der 2. Lindauer Psychotherapie-woche 1951 Hrsg. von E. Speer Thieme Stuttgart 1952

29. Hirschfeld: Die historische Entwicklung des Alkoholmißbrauches. s. Wlassak S. 157-162 ff.

30. Hirsh, J.: Historical perspectives of the problem of alcoholism. Bull. New York Acad. Med. Ser. 2 29 961-971 (1953)

31. Hoff, H.: Der akute und der chronische Alkoholismus. Med. Klinik 1425-1429 u. 1461-1466 (1954)

32. Holitscher: Zur Frage der Abstinenzdelirien. Psychiatr. Wschr. X 112-114, 123-125, 132-134 und 141-143 (1908)

33. Hosch, H.P.: Delirium Tremens nach Alkoholentzug. Münch. med. Wschr. LIV 2 2188-2189 (1907)

34. Huss, M.: Alcoholismus chronicus. Stockholm und Leipzig 1852

35. Isbell, H., H.F.Fraser, A.Wikler, R.E. Belleville and A. Eisenmann: An experimental study of the etiology of "rumfits" and delirium tremens Quart. J. Stud. Alcohol. 16 1-34 (1955)

36. Jacobsen, E.: Der Alkoholismus und seine Behandlung. Dtsch. med. Wschr. 87 1633-1638 (1962)

37. Jacobsohn, D.: Über die Pathogenese des Delirium tremens. Allg. Zschr. Psychiatr. 54 221 (1898)

38. Jislin, S.G.: Zur Klinik der Abstinenzerscheinungen beim Alkoholismus chronicus. Zschr. ges. Neurol. Psychiatr. 136 645-655 (1931)

39. Jisline, S.R.: L'état du problème du syndrom alcoolique d'abstinence. Z. Nevropat. Psichiat. 59 641-648 (1959) Ref. Zbl. ges. Neurol. Psychiatr. 154 95 (1960)

40. Jünger, E.: Strahlungen. Tübingen 1949

41. Kalinowsky, L.B.: Entziehungspsychosen und Entziehungskonvulsionen. Sitz. Ber. d. Südwestdeutsch. Neurol. u. Psychiatr. 74. Wanderversamml. (1958) Zbl. ges. Neurol. Psychiatr. 148 6 (1958)

42. Kalinowsky, L.B.: Entziehungskrämpfe und Entziehungspsychosen. Nervenarzt 29 465-467 (1958)

43. Kielholz, A.: Seelische Hintergründe der Trunksucht. Schweiz. Z. Hyg. 10 242-254 (1930)

44. Klatt, G.: Das Alkoholproblem in der Gedankenwelt Nietzsche's. Internat. Z. geg. d. Alkoholismus 1930 329 - 346.

45. Klatt, G.: Rausch. 5. Internat. Kongr. f. Individualpsychologie Berlin Sitzung vom 26. - 28.9.1930. Ref.: Zbl. ges. Neurol. Psychiat. 58 308

46. Kleist, K.: Die Influenzpsychosen und die Anlage zu Infektionspsychosen. Monographien aus dem Gesamtgebiet der Neurologie u. Psychiatrie 21 Berlin 1920.

47. Kraepelin, E. u. J. Lange: Psychiatrie Bd. II Klinische Psychiatrie 1. Teil 9. Auflage J.A. Barth Leipzig 1927

48. Kranz, H.: Über das Delirium tremens. Zschr. Psychiatr. Neurol. med. Psychol. 12 355-356 (1960)

49. Krink, F.: Über Abstinenzdelirien bei Trinkern. Diss. Hamburg 1939

50. Krisch, H.: Die organischen einschließlich der exogenen Reaktionsformen. Abhandlg. a.d. Neurolog. Psychiatr. usw. H 60 Karger Berlin 1930

51. Krystall, H.: The physiological basis of the treatment of delirium tremens. Amer. J. Psychiatr. 116 137-147 (1959)

52. Lecoq, R.: Etude pathogenique et therapeutique des crises de delirium et de polynevrites observées chez les alcooliques chroniques. Encephale 40 403-425 (1951) Ref. Zbl. ges. Neurol. Psychiatr. 121 276 (1951)

53. Lecoq, R.: Methoden der Alkoholentgiftung in Frankreich. Therapiewoche 15/16 369 (1955)

54. Leibbrand, W.: Heilkunde, eine Problemgeschichte der Medizin. Sammlung Orbis academicus Freiburg 1953

55. Meggendorfer, F.: Intoxikationspsychosen. In O. Bumke Handbuch der Geisteskrankheiten. Bd. VII Berlin 1928

56. Meyer, H.H.: Zur Klinik, Pathophysiologie und Therapie des Delirum tremens. Schweiz. med. Wschr. 637-638 (1952)

57. Miyake Koichi: Zur Frage der Abstinenzdelirien. J. Psychiatr. 28 310-322 (1907)

58. Nietzsche, F.: Die Geburt der Tragödie ... zit. nach Zutt

59. Oldershausen, H.F. v.: Die Auswirkung des chronischen Alkoholismus auf die Leber. Sitzungsbericht der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie u. Neurologie vom 11. Nov. 1959 Zbl. ges. Neurol. Psychiatr. 160 111 (1961)

60. Pernstich, G.: Über Spätdelirien bei chronischem Alkoholismus. Arch. Psychiatr. u. Z. Neurol. 192 527-538 (1954)

61. Piker, Ph.: On the relationship of the sudden withdrawal of alcohol to delirium tremens. Amer. J. Psychiatr. 93 1387-1390 (1937)

62. Pohlisch, K.: Die pathogenetische Bedeutung der Gelegenheitsursachen für das Delirium tremens. Mschr. Psychiatr. Neurol. 63 69-81 (1927)

63. Rose, E.: Delirium tremens und delirium traumaticum. Stuttgart 1884

64. Rümke: zit. nach Zutt

65. Scheid, W. u. A. Huhn: Zur Klinik und Therapie des Alkoholdelirs. Dtsch. med. Wschr. 83 2193-2199 (1958)

66. Schneider, K.: Klinische Psychopathologie. 4. Auflage Thieme Stuttgart 1955

67. Schulte, W.: Das Alkoholdelir im lebensgeschichtlichen Zusammenhang. Vortrag gehalten auf der Arbeitstagung über den Alkoholismus in Wien vom 1. - 3.10.1962 an der Psychiatr. Neurol. Klinik d. Univ. Wien

68. Schulte, W.: Das Alkoholdelir in seinem Sinngehalt und lebensgeschichtlichen Zusammenhang. Nervenarzt 34 193-198 (1963)

69. Schulte, W.: Synkopale Anfälle und Herzphobien als Modelle psychosomatischer Krankheiten in ihren biographischen und sozialen Zusammenhängen. Klin. Wschr. 40 1088-1093 (1962) Ref.: Nervenarzt 34 284 (1963)

70. Solms, H.: Die Behandlung der akuten Alkoholvergiftung und der akuten und chronischen Formen des Alkoholismus. s. Gruhle S. 294-339

71. Steck, H.: Delirium tremens oder Säuferwahnsinn. In: die Alkoholfrage in der Schweiz hrsg. von St. Zurukzoglu Benno Schwabe Basel 1954

72. Stolba, R.: Untersuchungen zur Frage des alkoholischen Entziehungsdelirs. Schweiz. Arch. Neurol. Psychiatr. 48 343-369 (1941)

73. Teirich, H.R.: Die psychologische und medikamentöse Behandlung des Alkoholismus. Vorträge der 2. Lindauer Psychotherapiewoche Hrsg. von E. Speer Thieme Stuttgart 1952

74. Tilkowsky, A.: Über den gegenwärtigen Stand der Alkoholiker in den niederösterreichischen Irrenanstalten.
s. Wlassak S. 202-209

75. Trier, G.: Grundlagen des Antialkoholismus.
2. Halbbd. Berlin 1917/1918

76. Victor, M. and R.D. Adams: The effect of alcohol on the nervous system.
Res. Publ. Ass. nerv. ment. Dis. 32
526-573 (1953)

77. Vogel: Der Rückgang des Alkoholismus während des Krieges.
Öff. Gesundheitspflege H. 3 1921

78. Wagner v. Jauregg, J.: Die Giftwirkung des Alkohols bei einigen nervösen und psychischen Erkrankungen.
Wiener klin. Wschr. 1901 359
S. auch Wlassak

79. Wagner v. Jauregg, J.: Lebenserinnerungen
Wien 1950

80. Walter, F.: Das klinische Bild der Alkoholwirkungen auf das Nervensystem und das Seelenleben.
in: die Alkoholfrage in der Schweiz
hrsg. von St. Zurukzoglu Benno
Schwabe Basel 1954

81. Wieser, S.: Alkoholismus 1940-1959.
Fortschr. Neurol. Psychiatr. Grenzgebiete 30
169-228 (1962)

82. Wieser, S. und P. Baier: Fortschritte in der Klinik und Therapie des chronischen Alkoholismus.
Dtsch. med. Wschr. 87 150-157 (1962)

83. Wigert: Die Frequenz des Delirium tremens in Stockholm während des Alkoholverbots August - September 1909.
Zschr. ges. Neurol. Psychiatr. 1 556 (1910)

84. William, W.: The society of alcoholics anonymos. Amer. J. Psychiatr. 106 370-375 (1949)

85. Wissfeld, E.: Zur Geschichte der Psychiatrie in ihrer Abhängigkeit von der geisteswissenschaftlichen Entwicklung seit der Renaissance. Arch. Psychiatr. u. Z. Neurol. 196 63-89 (1957)

86. Wlassak, R.: Bericht über den VIII. Internationalen Kongreß gegen den Alkoholismus, abgehalten in Wien 9. - 14. April 1901. F. Deuticke Leipzig und Wien 1902

87. Wyss, R.: Klinik des Alkoholismus. s. Gruhle S. 265-293

88. Zutt, J.: Zur Anthropologie der Sucht. Nervenarzt 29 439-445 (1958)

An dieser Stelle möchte ich besonders
Herrn Professor Dr. med. Walter Schulte
für Überlassung des Themas und Förderung
der Arbeit,
Herrn Landesmedizinaldirektor
Professor Dr. med. W.Th. Winkler
für die Ermöglichung eines sechswöchigen
Studienaufenthaltes im Westfälischen Landes-
krankenhaus Gütersloh, die Überlassung der
dortigen Krankengeschichten, sowie
Herrn Landesobermedizinalrat Dr. med. Dobra
für die Überlassung der Krankengeschichten der
Westfälischen Landestrinkerheilstätte Haldem,
meinen Dank aussprechen.

# Lebenslauf

Am 26. November 1935 wurde ich als zweites Kind meines Vaters, des Regierungs- und Kulturrates Dr. jur. Augustin Biniek und meiner Mutter, Charlotte Biniek, geb. Hoffmann, in Lüneburg geboren.

Ich besuchte in Troppau im Sudetenland die Grundschule. Im Frühjahr 1948 trat ich in Lüneburg in das dortige Johanneum ein, entschied mich für den mathematisch-naturwissenschaftlichen Zweig der Schule und bestand am 5. März 1957 die Reifeprüfung.

Mit dem Sommersemester 1957 nahm ich in Freiburg i.Br. das Studium der Medizin auf, wechselte zum Sommersemester 1958 an die Universität Hamburg und studierte neben der Medizin auch Philosophie. Am 30. April 1959 legte ich vor dem Oberschulamt der Hansestadt Hamburg eine Ergänzungsprüfung im Lateinischen (kleines Latinum) ab, wechselte im Anschluß daran an die Universität Tübingen und bestand am 17. April 1961 die ärztliche Vorprüfung.

In den folgenden klinischen Semestern beschäftigte ich mich unter Leitung von Herrn Professor Dr. med. Walter Schulte mit der Fertigstellung meiner Dissertation und bestand am 26.7.1964 das medizinische Staatsexamen.

Seit dem 3.4.1958 bin ich mit Dr. med. Lisa Biniek, geb. Ewald, verheiratet.